INSTITUT GYNÉCOLOGIQUE

STATISTIQUES DES OPÉRATIONS

PRATIQUÉES EN 1889-1890-1891

PAR

LE Dr CH. JACOBS

Agrégé a la Faculté de médecine de Bruxelles
Membre correspondant de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris
de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Leipzig
de la Société medico-chirurgicale de Liège
Secrétaire de la Société belge de gynécologie et d'obstetrique, etc.

BRUXELLES
H. LAMERTIN, LIBRAIRE ÉDITEUR
20, rue du Marché au Bois

1892

En publiant ces statistiques, je ne compte pas faire œuvre nouvelle; rassembler les opérations que j'ai pratiquées pendant ces trois dernières années, en indiquant la technique opératoire suivie pour chacune d'elles, les résultats obtenus et, autant que possible, les suites éloignées, tel est mon but.

La plupart de ces opérations ont été faites à mon Institut gynécologique, quelques-unes au domicile des malades, par mes assistants, les Drs Popelin et Cittadini, ou par moi.

Je tiens à rendre hommage au dévouement de ces messieurs ainsi que du Dr E. Bonneville, qui est chargé d'administrer le chloroforme.

J'apprécie aussi hautement les soins donnés aux malades par les Sœurs du Très Saint-Sauveur, attachées à mon Institut; leur dévouement est au-dessus de tout éloge.

Bruxelles, janvier 1892.

FRAGMENTS

DE

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE



L'ensemble des interventions comprend 416 opérations, ayant donné 405 guérisons, 11 décès.

Je suivrai dans leur description les différentes parties du canal génital de la femme, c'est-à-dire que j'adopterai les divisions suivantes :

I. Opérations se rapportant à la vulve.
II. — — au périnée.
III. — — au vagin.
IV. — — au col utérin.
V. — — au corps utérin.
VI. — — aux annexes de l'utérus et à l'abdomen.

Pour l'ensemble de chacune de ces divisions, j'indiquerai les soins préliminaires à l'opération, la technique opératoire, les soins post-opératoires, enfin les résultats que nous sommes en droit d'attendre des interventions dont les indications sont nettement posées.



OPÉRATIONS PER VAGINAM

Les soins à donner en vue de l'opération sont commencés en général quarante-huit heures avant celle-ci. La malade prend un bain de propreté, est savonnée avec soin, et prend un purgatif (salin ou huile de ricin), de façon à évacuer le contenu intestinal. Dix à douze heures environ avant l'intervention, tout aliment liquide ou solide est sévèrement supprimé.

La malade est chloroformisée dans sa chambre. J'avais coutume de faire administrer le chloroforme-chloral de Sherring. Dans ces derniers temps, le Dr Bonneville a fait quelques essais avec le chloroforme Pictet. Nous avons observé que la narcose s'obtient plus rapidement (6-10 minutes), qu'elle est plus complète et surtout plus aisée à maintenir telle, qu'enfin les vomissements post-opératoires sont beaucoup moins fréquents, sans toutefois être tout à fait supprimés.

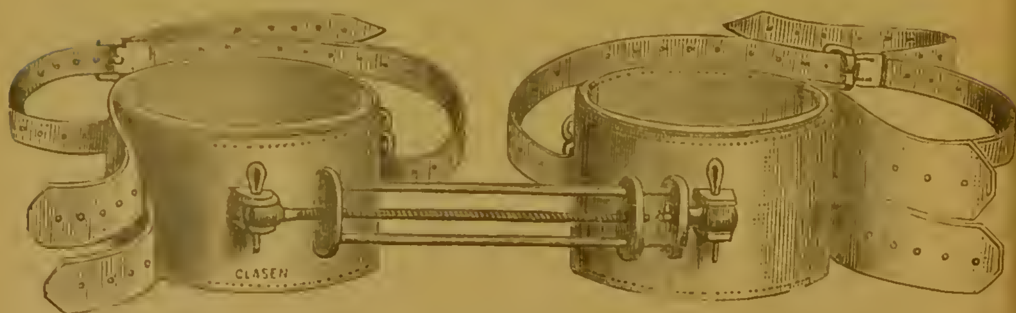


Fig. 1.

Beinhalter de Sänger [1].

La narcose obtenue, la malade est transportée dans la salle d'opération au moyen de la civière roulante (modèle du Dr A. Martin), et placée immédiatement sur la table d'opération.

---

[1] Appareils et instruments G. Clasen, Bruxelles.

Pour les opérations pratiquées sur la vulve, le périnée, le vagin et l'utérus, j'emploie une table assez élevée, sur laquelle la malade est maintenue dans la position opératoire au moyen du Beinhalter de Sänger (fig. 1). Sous le bassin se place une feuille de caoutchouc, de 40 centimètres environ de largeur, limitée de trois côtés par un coussin à air, et dont l'extrémité vient plonger dans le baquet que l'on place sous la table. Les pieds postérieurs de la table étant, en outre, un peu plus élevés que les antérieurs, on évite, par l'emploi de cet appareil, de souiller les vêtements de la malade.

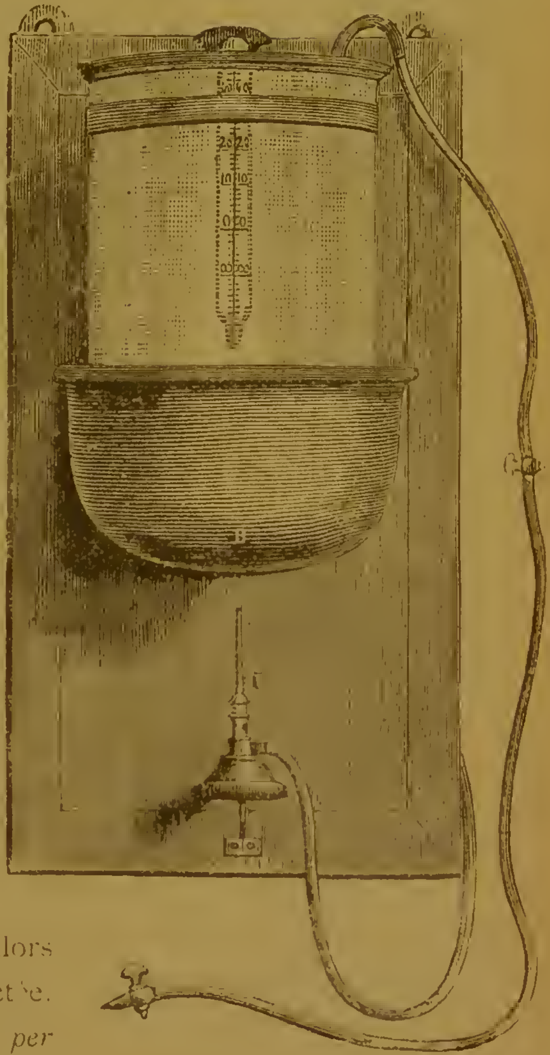


Fig. 2.

La région opératoire est alors savonnée, rasée et désinfectée.

Toutes les opérations *per vaginam* sont faites sous le courant continu d'eau aseptisée; j'emploie à cet effet l'irrigateur de L. Desguin, à température constante (fig. 2).

I. — VULVE.

α. — KYSTE DES GLANDES DE BARTHOLIN.

L'évacuation du contenu de ces kystes ne suffit pas pour amener une guérison; il faut modifier, détruire ou extirper la poche kystique. Je préfère l'extirpation du kyste suivie de la réunion immédiate de la plaie au catgut (sutures en étages) à l'incision suivie du tamponnement à la gaze iodoformée. Je suis parvenu à extirper par ce moyen un kyste volumineux, sans devoir recourir à l'emploi du blanc de baleine, préconisé par Pozzi. Pansement à la gaze iodoformée.

Nos d'ordre.	Age. Nombre d'accouchemts.	Diagnostic.	Intervention.	Suites immédiates.	Suites tardives.
1	32 ans, II.	Kyste de la glande de Bartholin.	Extirpation, 11-12-90.	Guérison.	Guérison.

β. — PAPILLOME.

Parmi les néoplasmes vulvaires, le papillome se rencontre assez fréquemment, surtout chez les femmes enceintes; en dehors de la puerpéralité, on le rencontre accompagnant la vaginite. Ces végétations disparaissent spontanément après la grossesse; celles qui accompagnent les vaginites peuvent s'éliminer après guérison des écoulements vaginaux, mais lorsque leur volume est considérable, comme parfois il arrive, ou bien lorsque les frottements, les fatigues y ont occasionné des ulcérations, elles peuvent devenir le siège de sécrétions à ce point désagréables que leur ablation peut devenir indispensable.

Le cas dont il s'agit est celui d'une jeune fille atteinte de blennorragie vaginale, et chez laquelle un papillome de la grosseur d'une tête d'enfant s'était développé au niveau de la fourchette et de la partie inférieure des grandes lèvres. J'en pratiquai l'ablation partie au thermocautère, partie au bistouri, après sutures profondes provisoires dans le voisinage immédiat, le pédicule en étant excessivement large. Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée.

2	17 1/2 ans. o.	Papillome vulvaire.	Ablation, 17-5-90.	Guérison.	Guérison.

γ. — CANCER.

Le cancer primitif de la vulve a été observé assez fréquemment; l'intervention active doit être très précoce, et encore n'arrive-t-on pas toujours à la guérison; la récidive est la règle. J'en ai rencontré quelques cas, parmi lesquels un seul justiciable de l'opération; dans la première intervention, l'affection était limitée au clitoris. La guérison fut parfaite, mais la récidive apparut quelques mois plus tard.

L'ablation se fait soit au bistouri, après ligatures provisoires profondes environnantes, soit au thermocautère. Dans la région clitoridienne, ce dernier moyen est préférable. Les pansements consécutifs se font à l'iodoforme et à la gaze iodoformée.

3	49 ans, o.	Epithélioma du clitoris.	Ablation au bistouri, 22-4-90.	Guérison.	Récidive.
4	49 ans, o.	Récidive dans la région avec envahissement de la grande lèvre gauche.	Ablation au thermocautère, 8-1-91.	Guérison	Décès en juin 91.

II. — PÉRINÉE. — DÉCHIRURES.

En présence des résultats que m'a donnés le procédé de Tait, j'ai abandonné tous les autres procédés de périnéorraphie, suivant en cela d'ailleurs la plupart des gynécologues. Je ne rappellerai ici que brièvement la technique opératoire, renvoyant, pour plus de détails, aux descriptions plus complètes [1].

Soins antérieurs à l'opération. — Bains, douches vaginales, purgatifs. Lavement abondant le matin du jour de l'opération.

Immédiatement avant l'opération, on rase toute la région et l'on procède à sa désinfection complète, ainsi qu'à celle du vagin. Tampon rectal.

1° *Déchirures complètes.* — Incision horizontale divisant le septum rectovaginal en deux parties ou lambeaux, deux incisions perpendiculaires à celle-ci partant de l'origine des petites lèvres et s'arrêtant au niveau du sphincter anal. Dissection profonde de ces lambeaux. Sutures profondes transversales placées au moyen de l'aiguille de Peaslee (fig. 3). Trois ou quatre sutures profondes suffisent généralement. Il faut avoir soin de les placer profondément dans l'épaisseur du septum rectovaginal pour la première suture, dans la partie la plus profonde des lambeaux pour les suivantes. J'ai trouvé avantage dans l'emploi du fil d'argent ou du fil de cuivre argenté, très gros. Les points d'entrée et de sortie des fils doivent se trouver dans la peau du périnée, mais très rapprochés de la surface d'avivement. Quelques points superficiels au crin de Florence réunissent les lèvres de la plaie entre les points profonds.

---

[1] C. Jacobs, *Déchirures du périnée.* Bruxelles, 1899. Lamertin.

2° *Déchirures incomplètes.* — La dissection du lambeau se fait suivant une incision horizontale, divisant le septum recto-

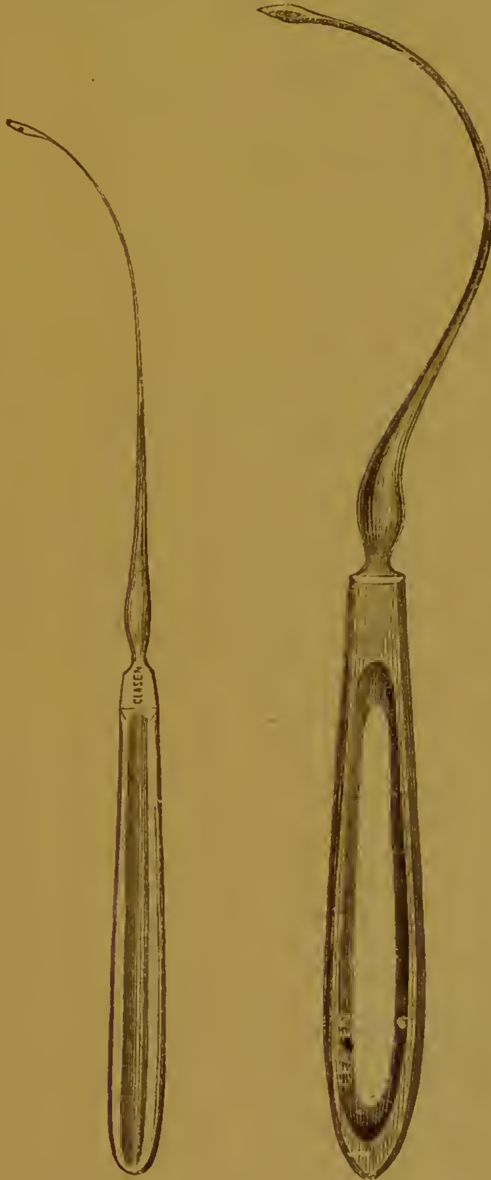


Fig. 3. Fig. 4.

vaginal en deux parties, et deux incisions perpendiculaires qui ont pour point de départ le point d'origine des petites lèvres.

Pansement. — Je saupoudre la ligne de sutures d'iodoforme pulvérisé; après avoir placé un pansement vaginal à la gaze iodoformée, j'enferme la ligne de sutures sous des bandelettes de gaze iodoformée et un fort paquet d'ouate aseptique.

Au lieu de sonder la malade deux ou trois fois par jour, je place à demeure la sonde molle de Pezzer, qui est très facilement supportée pendant plusieurs jours et ne détermine aucune irritation du côté de la vessie.

Le décubitus dorsal doit être gardé le premier jour; dès le deuxième jour, j'autorise déjà le décubitus latéral. Le pansement est renouvelé tous les jours. Les points de suture sont enlevés du huitième au dixième jour. Avant de permettre la marche, quelques jours de repos sur la chaise longue sont encore nécessaires, pendant lesquels on fera journellement quatre ou cinq injections vaginales antiseptiques tièdes.

J'ai l'habitude de pratiquer, en même temps que la périnéorraphie, toutes les autres opérations nécessitées par les altérations utérines et vaginales : curettage, amputation du col, colporraphies, etc.



Fig. 5.

RUPTURES COMPLÈTES.

5	1. 27 II. . .	Rupture complète datant de 1 $^1/_2$ ans.	Procédé de Tait. 22-4-89 . .	Guérison. . .	Guérison.
6	2. 36 I. . .	Rupture complète datant de 12 ans.	Id. 31-4 85 . .	Id. . . .	Léger prolapsus vaginal postérieur en 90.
7	3. 37 III . .	Rupture complète datant de 9 ans.	Id. 20-6-89 . .	Id. . . .	Guérison.
8	4. 52 VI . .	Rupture complète datant de 16 ans ($0^m,05$).	Id. 29-8-89 . .	Id. . . .	Id.
9	5. 26 I. . .	Rupture complète datant de 7 mois.	Id. 24-6-89 . .	Id. . . .	Id.
10	6. 30 III . .	Rupture complète (2 ans) . .	Id. 17-7-89 . .	Id. . . .	Id.
11	7. 45 III . .	Id. (7 ans) . .	Id. 29-8-89 . .	Id. . .	Id.
12	8. 22 I. . .	Rupt. complète (2 ans, $0^m,04$).	Id. 2-2-90 . .	Id . . .	Id.
13	9. 28 I. . .	Rupture complète très large (3 semaines).	Procédé de Tait. 26-4-90 (3 semaines après accouch^t^).	Id. . . .	Accouchem^t^ au forceps le 13-5-91, sans déchirure.
14	10. 37 II . .	Rupture complète (3 ans) . .	Procédé de Tait. 3-2-91 . .	Id. . . .	Guérison.
15	11. 50 VI . .	Id. (9 ans) . .	Id. 4-6-91 . .	Id. . . .	Id.

RUPTURES INCOMPLÈTES.

16	12. 26 I . . .	Rupture 1-2e degré	Procédé de Tait	4-4-89 . .	Guérison . .	Guérison.
17	13. 30 II . .	Id. 12e degré . .	Id.	22-4-89 . .	Id. . . .	Id.
18	14. 24 I . . .	Id. 2e degré . . .	Id.	29-4-89 . .	Id. . . .	?
19	15. 48 IV . .	Id. 2e degré . .	Id.	17-5-89 .	Id. . .	Guérison
20	16. 26 I . . .	Id. 1er degré . . .	Id.	17-5-89 . .	Id. . . .	Id.
21	17. 38 III . .	Id. 1-2e degré	Id.	2-6-89 . .	Id. . . .	?
22	18. 27 I . . .	Id. 2e degré . . .	Id.	16-7-89 . .	Id. . .	?
23	19. 40 II . .	Id. 2e degré	Id	30-7-89 . .	Id. . . .	Guérison.
24	20 26 II . .	Id. 1er degré	Id.	4-9-89 . .	Id. . . .	Id.
25	21. 42 III . .	Id. 2e-3e degré . . .	Id.	27-9-89 . .	Id. . . .	?
26	22. 46 o . . .	Périnée inctact, prolapsus vaginal à la suite d'hystérectomie.	Id.	26-10-89 .	Insuccès; la malade arrache les fils dans une attaque d'hystérie.	?

27	23. 27 o. . .	Périnée intact. prolapsus vaginal postérieur.	Id. 14-1-90 . .	Guérison. . .	Guérison.
28	24. 36 II . .	Rupture 2e degré	Id. 29-1-90 . .	Id. . . .	?
29	25. 30 I. . .	Id. 1er degré	Id. 27-2-90 . .	Id. . . .	Guérison.
30	26. 42 III . .	Id. 2e degré	Id. 16-3-90 . .	Id. . . .	Id.
31	27. 26 I. . .	Id. 2e degré	Procédé d'Emmet 2-2-90. .	Id. . . .	?
32	28. 24 I. . .	Id. 2e degré	Procédé de Tait. 19-6-90 . .	Id. . . .	Guérison.
33	29. 39 III . .	Id. 2e degré	Id. 22-9-90 . .	Id. . . .	Id.
34	30. 38 II . .	Id. 2e degré	Id. 2-12-90 . .	Id. . . .	Id.
35	31. 26 I. . .	Id. 2e degré	Id. 30-11-90 .	Id. . . .	?
36	32. 26 II . .	Id. 2e-3e degré . . .	Id. 7-4-91 . .	Id. . . .	Id.
37	33. 50 III . .	Id. 2e degré	Id. 11-7-91 . .	Id. . . .	Id.
38	34. 25 I. . .	Id. 2e-3e degré . . .	Id. 15-10-91 .	Id. . . .	Id.
39	35. 26 II . .	Id. 2e-3e degré . . .	Id. 30-11-91 .	Id. . . .	Id.

Sur un total de 35 périnéorraphies pour déchirures complètes et incomplètes, j'ai obtenu 34 guérisons radicales, 1 insuccès qui, certes, n'est pas à imputer au procédé opératoire. J'attire particulièrement l'attention sur le cas de rupture complète opéré trois semaines après l'accouchement; onze mois plus tard, nouvel accouchement au forceps. Le périnée est à ce point résistant que l'accoucheur m'a dit avoir dû pratiquer des incisions libératrices.

III. — VAGIN.

α. — FISTULES RECTO-VAGINALES.

L'opération de la fistule recto-vaginale a longtemps été considérée comme très délicate, et, de fait, si ses dimensions sont grandes, souvent l'opération est suivie d'insuccès et doit être recommencée. Le procédé de Tait, appliqué ici suivant les mêmes règles que pour la déchirure incomplète du périnée, donne des résultats remarquables.

La dissection du septum doit être poussée au delà de la fistule, de telle sorte que celle-ci soit séparée en deux parties, l'une située dans le lambeau vaginal, l'autre dans la partie avivée du septum. Les sutures rapprochant transversalement les parties, on comprend que la guérison soit aisée, toute solution de continuité entre les deux portions de la fistule ayant disparu.

Dans un des cas que je rapporte, la fistule atteignait les dimensions d'une pièce de 10 centimes. Elle avait été opérée cinq fois lorsque je l'entrepris. J'obtins un insuccès par le procédé de Hégar; quelques semaines plus tard, le procédé de Tait me donna la guérison complète.

On peut appliquer la modification indiquée par Sänger [1], c'est-à-dire après dissection du lambeau, suture des orifices fistuleux, puis périnéorraphie.

Lorsque la fistule est située profondément dans le vagin, on emploie avec avantage l'aiguille de Peaslee modifiée par Debaisieux (voir fig. 5).

40	26 ans I .	Rupture périnée, fistule recto-vag.	Tait 17-7-89.	Guérison.	Guérison.
41	30 ans II .	Rupture périnée, fistule recto-vag.	Tait 11-10-89.	Id.	Id.
42	27 ans I .	Rupture périnée incompl.. fistule recto-vagin. très profonde.	Tait 19-2-90.	Id.	?
43	49 ans I .	Périnée intact, fist. recto-vagin. très large.	Hégar 12-5-90.	Insuccès.	—
44	49 ans I .	Id.	Tait 7-6-90	Guérison.	Guérison.

Si la fistule fait communiquer l'intestin grêle et le vagin, la guérison est des plus difficiles, qu'on tente la cautérisation, ou l'avivement, ou la suture. A la suite d'une hystérectomie par morcellement pour suppuration pelvienne avec communication entre les foyers de suppuration et l'intestin, la fistule persista après guérison des abcès pelviens. J'ai tenté l'oblitération par l'avivement et la suture, mais inutilement. Aujourd'hui j'essaye la cautérisation avec un succès très relatif.

45	57 ans I .	Fistule vag. avec l'intestin grêle.	Avivement et suture 29-8-91.	Insuccès.	—

[1] Sænger, *The operative treatment of recto vaginal fistula*, 1891.

β. — FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

L'opération de la fistule vésico-vaginale doit être précédée

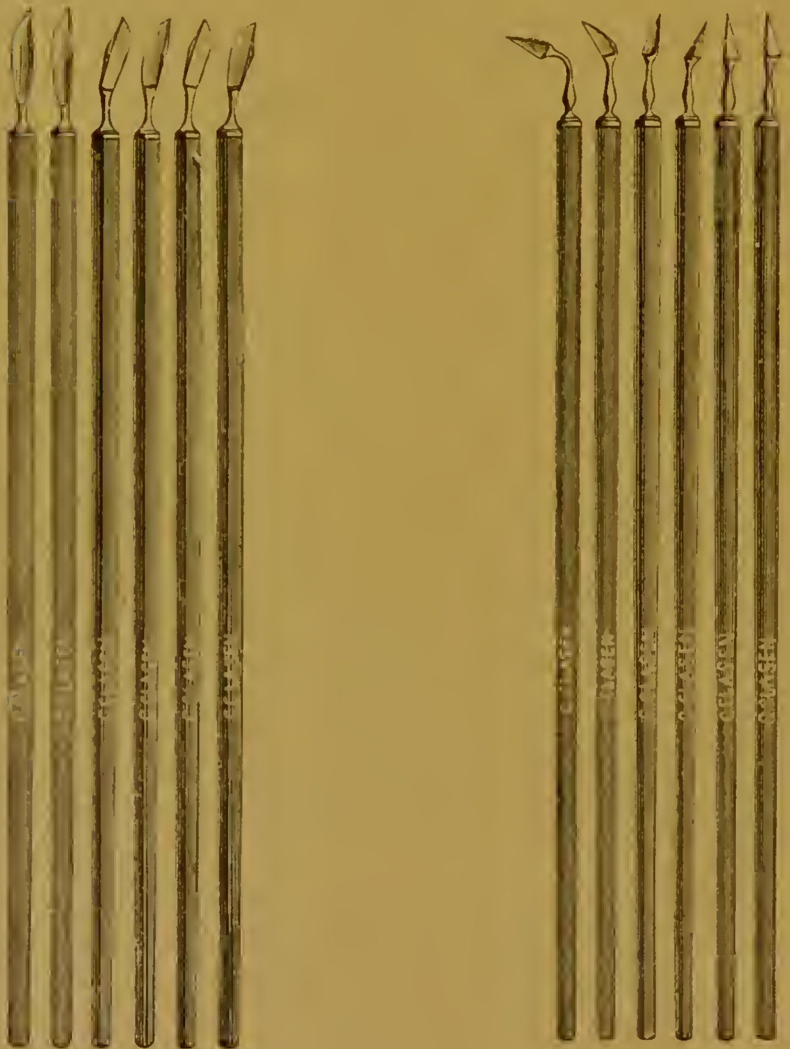


Fig. 6.

d'un traitement préliminaire destiné à calmer l'irritation périfistuleuse et celle des organes génitaux externes. On cherchera surtout à améliorer la composition des urines, puis on prescrira le repos au lit, les bains de siège et l'application de poudre d'iodoforme sur les lésions vaginales et périnéales. Pour réussir l'opération, il faut mettre autant que possible à découvert l'orifice vaginal de la fistule. L'emploi dans ce but des dilatateurs de Bozeman donne d'excellents résultats. On produit la dilatation progressive du tissu cicatriciel; avant de placer les dilatateurs, on fera sur les surfaces adhérentes des incisions superficielles.

L'opération se fait sous le chloroforme, dans le décubitus dorsal. On enlèvera tout le tissu inodulaire au rebord de la fistule; la surface d'avivement ainsi obtenue est plus large dans le vagin que dans la vessie. Rarement on touchera à la muqueuse vésicale. La suture sera faite dans le sens qui permettra le rapprochement des lèvres de la plaie avec le moins de tension. Le fil embrassera toute la plaie *jusqu'à* la muqueuse vésicale. J'emploie le fil d'argent et place le moins de sutures possible. J'assure la réunion par quelques sutures superficielles au crin de Florence. La dissection périfistulaire se fera avec avantage au moyen des scalpels représentés ci-contre (fig. 6).

Pour la pose des fils d'argent, on se servira de l'aiguille de Deroubaix (fig. 7), et pour la torsion de ces fils, du tors-fil du même auteur (fig. 8).

Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Soins consécutifs. — Je place à demeure la sonde molle dont j'ai déjà parlé, pendant quatre ou cinq jours. Le pansement vaginal est renouvelé tous les deux jours. Puis, lorsque la malade peut se lever (10 à 12 jours), irrigations vaginales

journalières prudentes. Les fils sont enlevés petit à petit.

46	32 ans II .	Fistule vésico-vag., suite d'accouch. laborieux.	Opérée le 15-2-90.	Guérison.	Guérison.
47	27 1/2 ans I.	Fistule vésico-vag. profonde, suite d'accouchement.	Opérée le 10-4-90.	Id.	Id.
48	20 ans I .	Fistule vésico-vag. au niveau du col. suite d'accouch.	Opérée le 15-4-90.	Id.	Id.
49	17 ans o .	Fist. uréthro-vag., suite de viol.	Opérée le 12-3-91.	Insuccès.	Opér. depuis avec succès par le prof. Sacré.

L'étiologie de ce dernier cas est remarquable. Cette enfant avait été violée par trois individus qui, le crime accompli, lui bourrèrent le vagin avec une bobine de bois et de la terre, pendant que la malheureuse était sans connaissance. Ce n'est que trois mois plus tard qu'un médecin appelé par la mère pour rechercher la cause d'une incontinence d'urine, trouva le corps du délit.

γ. — PROLAPSUS VAGINAL. — COLPORRAPHIES.

La colporraphie antérieure et la colporraphie postérieure se pratiquent dans la même séance, en même temps que le curettage et, s'il y a lieu, l'amputation du col et la périnéorraphie.

Colporraphie antérieure. — L'utérus est attiré au moyen de pinces de Museux appliquées sur le col, et l'on tend la paroi antérieure du vagin en plaçant des pinces à mors aux limites des parois vaginales antérieures et latérales, et sous le bourrelet uréthral. Le lambeau que j'enlève a une forme ovoïde, à sommet directement au-dessous de l'orifice uri-

naire. J'en trace les limites et j'excise la muqueuse en com-

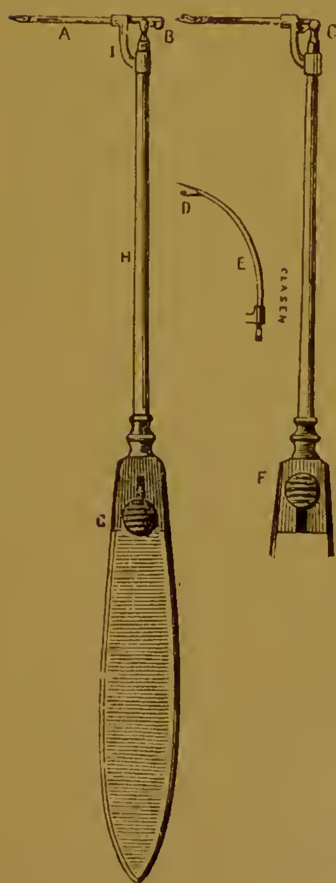


Fig. 7.

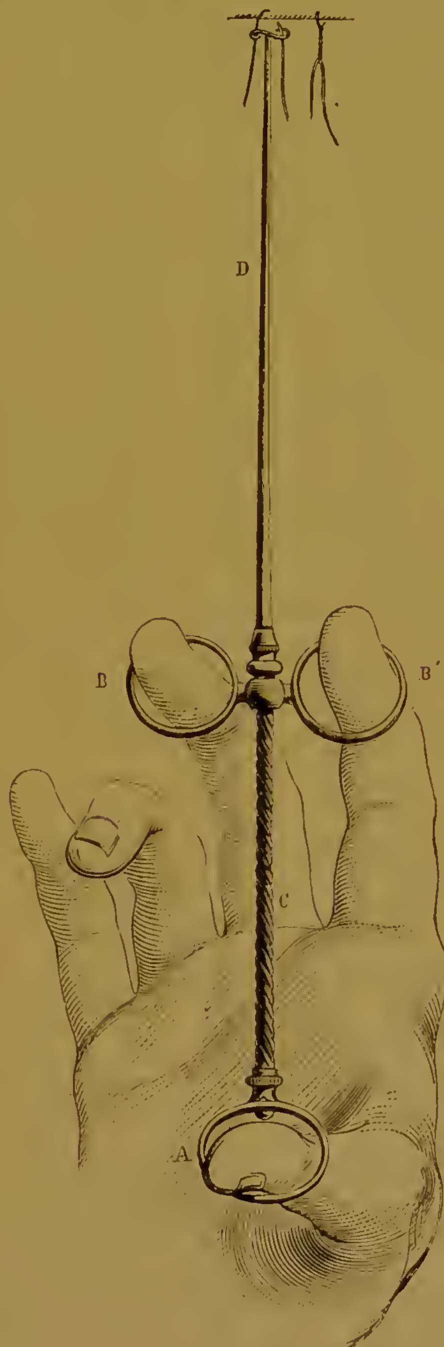


Fig. 8.

mençant par les bourrelets du méat ; le scalpel est promené transversalement sur toute la largeur du lambeau, le tranchant tourné vers ce dernier ; on parvient ainsi à enlever d'un seul coup toute la surface excisée. Les quelques inégalités restantes sont enlevées aux ciseaux. Je ne m'occupe pas de l'hémorragie. Les sutures au fil de soie ne doivent pas être trop nombreuses. On commencera à les placer vers le col utérin et l'on réduira la paroi au fur et à mesure du placement. On aura soin de conduire les sutures de façon que le trajet fasse un angle obtus ouvert vers le col jusqu'à l'endroit le plus large de la surface saignante, ouvert vers le méat urinaire à partir de cet endroit. Toute cette opération se fait sous le courant continu d'eau aseptique.

Colporraphie postérieure. — Je suis sensiblement le même procédé que pour l'antérieure. Le lambeau a la forme d'un triangle isocèle dont la base est à la *commissure* postérieure, le sommet près du col utérin. L'avivement et le placement des sutures commencent vers le col. J'emploie le procédé de périnéorraphie de Tait consécutivement à cette opération.

Soins consécutifs. — Les lignes de suture sont saupoudrées d'iodoforme, et l'on place un pansement vaginal à la gaze iodoformée, que l'on renouvelle tous les deux jours.

La réunion *per primam* est aisée à obtenir dans la colporraphie postérieure, mais dans la colporraphie antérieure on y arrive plus difficilement, ce qui est dû, me semble-t-il, à ce que l'urine vient facilement souiller les premiers points de suture près du méat urinaire, lorsqu'on pratique le cathétérisme. Je préconise encore ici l'emploi, pendant quelques jours, de la sonde molle à demeure. Au bout de sept à huit jours, je fais faire des injections vaginales au sublimé. Les points de suture sont enlevés petit à petit.

51	1. 37 II . .	Prolapsus vaginal et utérin .	1. 2.	Colporr. Id.	antér. post.	27-4-89	Guérison . . .	Léger prolapsus utérin en 1891.
53	3. 41 I . . .	Id. .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	8-7-89	Id. . . .	?
55	5. 45 III . .	Id. .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	16-7-89	Id. . . .	Guérison.
57	7. 44 II . .	Prolapsus vaginal antérieur .		Id.	antér.	29-8-89	Id. . . .	Id.
58	8. 45 VI . .	Prolapsus vaginal et utérin .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	26-10-89	Id. . . .	?
60	10. 34 II . .	Prolapsus vaginal antérieur .		Id.	antér.	25-1-90	Id. . . .	Id.
61	11. 39 III . .	Prolap. vagin. post., cystocèle.	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	26-2-90	Id. . . .	Id.
63	13. 40 II . .	Prolapsus vaginal et utérin .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	5-3-90	Id. . . .	?
65	15. 42 I . . .	Prolapsus vaginal postérieur .		Id.	post.	4-4-90	Id. . . .	Id.
66	16. 39 VII . .	Prolapsus vaginal et utérin .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	30-4-90	Id. . . .	Id.
68	18. 44 II . .	Rectocèle et cystocèle . . .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	4-7-90	Id. . . .	Récidive en 91.
70	20. 48 I . . .	Rectocèle énorme		Id.	post.	6-8-90	Id. . . .	Guérison.
71	21. 41 III . .	Cystocèle et prolapsus vaginal postérieur.	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	10-8-90	Id. . . .	Id.
73	23. 37 I . . .	Prolapsus vaginal antérieur .		Id.	antér.	1-11-90	Id. . . .	Léger prolapsus en 91.
74	24. 41 III . .	Prolapsus vaginal et utérin .	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	15-6-91	Id. . . .	Guérison.
76	26. 40 III . .	Prolapsus vaginal complet. rectocèle et cystocèle.	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	5-3-91	Id. . . .	Id.
78	28. 28 II . .	Prolapsus vaginal antérieur .		Id.	antér.	11-7-91	Id. . . .	Id.
79	29. 34 II . .	Prolapsus vaginal. rectocèle et cystocèle.	1. 2.	Id. Id.	antér. post.	8-10-91	Id. . . .	Id.

Généralement, dans les cas anciens, les résultats tardifs ne sont pas remarquables. On voit le prolapsus vaginal se reproduire lentement.

Comme l'indique le tableau, les opérations anaplastiques sur le vagin s'adressent non seulement au prolapsus vaginal, mais aussi au prolapsus utérin.

6. — INCISION DES CULS-DE-SAC VAGINAUX DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES.

Dans les cas de suppuration du tissu cellulaire pelvien, dans les suppurations enkystées du bassin, les hématocèles, les kystes suppurés du ligament large, lorsqu'on a pu reconnaître la présence du pus, la situation des collections, notre thérapeutique doit être dirigée vers l'évacuation immédiate. J'estime qu'il y a toujours lieu d'intervenir hâtivement.

Le traitement se résume dans la ponction et l'incision. La première méthode n'a guère donné de résultats encourageants. Quant à l'incision, elle sera faite suivant les indications dans la région qui permettra l'évacuation la plus aisée.

L'incision du cul-de-sac de Douglas se fera directement sur le point le plus saillant de la tumeur, obliquement en arrière et en dehors s'il s'agit d'un phlegmon latéral, en arrière et transversalement dans les pelvi-péritonites.

80	36 I . .	Paramétrite suppurée infectieuse.	Incision transversale du Douglas, 28-11-91.	Guérison.	?
81	36 I . .	Hématocèle suppurée.	Incision transversale du Douglas, 16-11-91.	Hystérectomie par morcellement, 1-12-91.	Guérison.

Les soins consécutifs consistent en injections bi ou tri-journalières au sublimé ou à l'acide phénique par l'incision, et

lorsque la suppuration diminue, en simples injections vaginales antiseptiques.

L'incision vaginale n'amène pas toujours la guérison ; on doit recourir parfois à une opération plus grave, mais on ne peut assez recommander d'essayer d'abord ce moyen thérapeutique, en dernier lieu seulement les moyens radicaux [1].

IV. — COL UTÉRIN.

α. — AMPUTATION.

Ordinairement je fais précéder l'amputation du col d'un curettage de la muqueuse du corps, à cause des complications si fréquentes du côté de la muqueuse utérine et du parenchyme utérin.

L'opération se fait sous le courant continu d'eau tiède stérilisée. On place les valves et écarteurs de façon à agrandir le champ opératoire, qui est soigneusement désinfecté. Les lèvres du col sont saisies chacune dans une pince de Museux et le col est attiré aussi bas que possible (fig. 9).



Fig. 9.

J'incise les lèvres transversalement jusqu'au niveau de l'insertion du vagin, au moyen de forts ciseaux. Puis, au bistouri, je fais une incision perpendiculaire à l'axe du col, au point d'intersection des muqueuses saine et malade ; une incision faite de dehors en dedans

[1] C. Jacobs, *Traitement des suppurations pelviennes.* Bulletin de la Société belge de gynécologie, n° 7, 1891.

excise une portion de la lèvre antérieure ayant l'étendue exigée. Je suture immédiatement, en plaçant les fils (fil de soie) aussi loin que doit s'étendre la lumière de l'orifice externe (4-5 sutures). Je fais à la lèvre postérieure les mêmes incisions et je place les sutures de la même façon. Je procède ensuite à la réunion des commissures latérales. Ces sutures embrasseront toute la plaie et devront être très rapprochées les unes des autres; ici donc, on réunira muqueuse vaginale à muqueuse vaginale, tandis que les sutures dont il s'agit plus haut réunissent la muqueuse vaginale à celle du col.

Toutes les sutures placées (4-6 pour chaque lèvre et 3-4 pour chaque commissure), les fils sont coupés; on fait un nouveau lavage, on replace la matrice et l'on pose le pansement (bandelettes de gaze iodoformée). Ce pansement n'est laissé en place que vingt-quatre heures. Le deuxième jour déjà, il est enlevé et je prescris des injections légèrement sublimées deux fois par jour. Les malades gardent le lit de cinq à sept jours Le premier jour, s'il est nécessaire, on les sonde, et le deuxième jour on administre un lavement. Les fils pourront être enlevés petit a petit, à partir du neuvième jour. Chez les personnes très nerveuses, il n'y a aucun inconvénient à laisser les fils plus longtemps. J'en ai ainsi enlevé au bout de plusieurs semaines, parfois de quelques mois. Après l'enlèvement des fils, je prescris des injections vaginales additionnées d'une mixture iodo-iodurée.

Comme on le voit, le procédé que je suis est celui de Martin, c'est-à-dire une combinaison des procédés de Hégar et de Schrœder, avec cette restriction que je le modifie suivant chaque cas particulier, tout en suivant la technique indiquée.

Les résultats tardifs sont excellents. Je n'ai pas eu un seul cas de sténose consécutive ni de déformation du museau de

82	1. 37 III . .	Métrite et endométrite chronique, hypertrophie considérable du col, prolapsus utérin, prolapsus vaginal, déchirure complète du périnée.	Amputation du col 30-4-89 .	Guérison.	—
83	2. 48 III . .	Métrite et endométrite chronique, gigantisme du col.	Id. 17-3-89 .	Id. . . .	1891. Peu d'amélioration du côté de l'utérus. Affection cardiaque.
84	3. 43 VI . .	Métrite et endométrite chronique, déchirure du col, ectropion des lèvres.	Id. 16-7-89 .	Id. . . .	—
85	4. 41 V. . .	Id., prolapsus vaginal, léger prolapsus utérin.	Id. 8-7-89 .	Id. . . .	?
86	5. 32 I. . .	Métrite et endométrite chronique, déchirures et sclérose du col.	Id. 22-10-89 .	Id. . . .	Guérison.
87	6. 32 III . .	Endométrite chronique, déchirures du col, ectropion considérable, œufs de Nab.	Id. 23-11-89 .	Id. . . .	Id.
88	7. 36 II . .	Id.	Id. 29-12-89 .	Id. . . .	Id.
89	8. 39 IV . .	Id.	Id. 4-1-90 .	Id. . . .	Id.
90	9. 44 V. . .	Id.	Id. 19-1-90 .	Id. . . .	Id.
91	10. 42 II . .	Métrite et endométrite, ectropion et sclérose.	Id. 28-1-90 .	Id. . . .	Id.

92	11. 30 o. . .	Endométrite chronique, gigantisme du col.	Amputation du col	2-2-90 .	Guérison. . .	—
93	12. 37 I. . .	Endométrite chronique, hypertrophie et allongement du col.	Id.	7-2-90 .	Id. . . .	Guérison.
94	13. 25 o. . .	Id.	Id.	18-2-90 .	Id. . . .	Id.
95	14. 32 o. . .	Id.	Id.	1-3-90 .	Id. . . .	Id.
96	15. 22 I. . .	Métrite et endométrite chronique, déchirure périnéale, 2e degré.	Id.	29-3-90 .	Id. . . .	Id.
97	16. 39 II . .	Métrite et endométrite chronique, ectropion et sclérose.	Id.	2-5-90 .	Id. . . .	Id.
98	17. 26 I. . .	Endométrite chronique, déchirures du col.	Id.	5-6-90 .	Id. . . .	Id.
99	18. 44 III . .	Métrite et endométrite, hypertrophie du col, déchirure périnéale.	Id.	1-7-90 .	Id. . . .	?
100	19. 29 o. . .	Métrite et endométrite chronique, hypertrophie du col.	Id.	3-9-90 .	Id. . . .	Guérison.
101	20. 39 o. . .	Id.	Id.	5-9-90 .	Id. . . .	?
102	21. 39 o. . .	Id.	Id.	18-9-90 .	Id. . . .	?
103	22. 24 I. . .	Allongement et hypertrophie du col.	Id.	15-10-90 .	Id. . . .	Guérison.
104	23. 35 o. . .	Endométrite chronique, hypertrophie du col.	Id.	24-10-90 .	Id. . . .	?
105	24. 32 o. . .	Id.	Id.	17-11-90 .	Id. . . .	Guérison.

		hypertrophie.			
108	27. 31 o. . .	Endométrite du corps et du col.	Id. 5-1-91 .	Id. . . .	Id.
109	28. 40 I. . .	Prolapsus vaginal, endométrite du corps et du col.	Id. 5-3-91 .	Id. . . .	Id.
110	29. 42 II . .	Prolapsus vaginal, endométrite chronique, ectropion et sclérose.	Id. 4-4-91 .	Id. . . .	Id.
111	30. 39 III . .	Prolapsus vaginal, endométrite du corps et du col.	Id. 30-4-91 .	Id. . . .	Id.
112	31. 44 VII . .	Prolapsus antérieur, endométrite du col, déchirure périnéale.	Id. 15-6-91 .	Id. . . .	Id.
113	32. 36 o. . .	Endométrite chronique, sclérose du col.	Id. 23-6-91 .	Id. . . .	Id.
114	33. 26 o. . .	Prolapsus vaginal antérieur, endométrite chronique, hypertrophie du col.	Id. 11-7-91 .	Id. . . .	Id.
115	34. 37 III . .	Endométrite chronique, déchirure du col, sclérose.	Id. 28-8-91 .	Id. . . .	Id.
116	35. 30 I. . .	Endométrite chronique, sclérose du col.	Id. 29-8-91 .	Id. . . .	Id.
117	36. 33 o. . .	Endométrite chronique, hypertrophie du col.	Id. 31-8-91 .	Id. . . .	Id.
118	37. 56 II. . .	Prolapsus utérin, élongation du col.	Id. 6-10-91 .	Id. . . .	Id.
119	38. 28 I. . .	Endométrite chronique, sclérose et déchirures du col.	Id. 24-10-91 .	Id. . . .	Id.
120	39. 23 I. . .	Id.	Id. 28-10-91 .	Id. . . .	Id.
121	40. 26 II. . .	Id.	Id. 30-11-91 .	Id. . . .	Id.

tanche. Je n'ai observé qu'un seul cas d'hémorragie consécutive, que j'attribue au relâchement d'une des sutures. Les hémorragies qui peuvent survenir après l'enlèvement des fils cèdent à une application de perchlorure de fer, ou au tamponnement. Si elles étaient trop abondantes, on ne devrait pas hésiter à pratiquer immédiatement la suture.

L'amputation du col, telle que je viens de la décrire, s'applique à tous les cas d'affections de la portion inférieure.

L'excision haute du col s'applique surtout aux dégénérescences malignes des lèvres du museau de tanche; les résultats donnés par cette opération étant des plus défavorables, j'ai toujours eu recours dans ces cas, comme on le verra plus loin, à l'hystérectomie vaginale totale, et certes je n'ai eu qu'à m'en louer.

Je signalerai dans le diagnostic les affections concomitantes ayant nécessité des opérations supplémentaires.

β. — DISCISION DU COL.

J'ai eu recours à cette opération dans deux cas d'atrésie presque complète de l'orifice externe du col, coïncidant avec du catarrhe utérin, mais sans que j'aie observé l'élongation sus-vaginale que signale Martin. Aussi me suis-je contenté de la simple discision précédée d'un curettage de la muqueuse utérine. Dans l'un des cas, la conception a suivi de deux mois l'opération. L'autre personne est restée stérile. Je dois dire que le premier cas était relativement récent, tandis que le second était de date ancienne. J'insisterai sur le danger qu'offre cette opération lorsqu'il existe un état aigu inflammatoire de la muqueuse utérine ou bien des restes de phlegmasies chroniques du côté des annexes.

On fera prendre à la malade des injections vaginales, des bains de siège, des purgatifs quelques jours avant l'opération.

Chloroformisation et position dorso-sacrée. Je saisis la lèvre antérieure avec une pince de Museux, et l'attire aussi bas que possible. Désinfection du vagin. J'applique une seconde pince sur la lèvre postérieure et je pratique le curettage. Celui-ci terminé, je sectionne transversalement les lèvres du col jusqu'aux insertions vaginales, à l'aide des ciseaux. La section est légèrement plus profonde vers la muqueuse du col, afin de permettre aux lèvres de s'écarter largement. Injection intra-utérine antiseptique, puis, avec la seringue de Braun, injection de teinture d'iode ou de perchlorure de fer. Je place ensuite, entre les lèvres béantes, une bandelette de gaze imbibée de perchlorure de fer. Nettoyage du vagin et enfin fort tampon de gaze contre le col. On n'abandonnera la malade que lorsque toute hémorragie aura cessé, c'est-à-dire que l'on renouvellera au besoin, avant le pansement final, les bandelettes au perchlorure de fer. Le troisième jour, le pansement est enlevé, et, si toute hémorragie a cessé, on n'applique plus aucun pansement. La malade garde encore le lit vingt-quatre heures. On applique alors tous les jours, entre les lèvres de la plaie, un suppositoire au beurre de cacao. Dix à quinze jours après, on a obtenu un museau de tanche largement béant, sans déformations cicatricielles. Six heures après le pansement, la malade enlève elle-même le tampon et se fait, matin et soir, des injections vaginales. Pendant tout le traitement, le repos est nécessaire, mais la malade ne doit pas garder le lit.

122	28 ans, o.	Catarrhe utérin ; sténose de l'orifice externe.	Discision le 4-7-89.	Guérison.	Enceinte en sept. 89
123	29 ans, o.	Id.	15-7-90	Guérison.	Guérison.

124	32 ans, o.	Sténose du col sur la plus grande partie de son trajet.	17-10-91	Guérison.	État satisfaisant.

Dans le dernier cas, j'ai fait la discision au moyen de l'hystérotome, suivie de la dilatation progressive avec les dilatateurs en verre de Hégar. Le résultat est satisfaisant jusqu'à présent.

γ. — DÉCHIRURES LATÉRALES. — TRACHÉLORRAPHIE.

Si les déchirures latérales du col n'ont pas toute l'importance que leur attribue Emmet, c'est-à-dire ne sont pas cause de l'endométrite et de la métrite chroniques, de la dysménorrhée, de la stérilité, à côté des cas nombreux dans lesquels elles restent inoffensives, on rencontre des cas de catarrhe intense, de métrite chronique dans lesquels on ne saurait méconnaître l'importance des déchirures au point de vue des douleurs, ménorragies, etc. Dans ces cas, les déchirures favorisent l'extension rapide des affections concomitantes et entretiennent indéfiniment l'irritation par la rétraction cicatricielle exercée sur le voisinage.

Si l'on se trouve en présence de déchirures sans phénomènes inflammatoires du côté de la matrice, l'intervention opératoire est inutile. Au contraire, la trachélorraphie s'impose si l'on a affaire à la paramétrite, endométrite et métrite compliquées de déchirures latérales. Les opérations que j'ai pratiquées pour obvier à ces inconvénients sont relativement rares. Les malades se décident fort difficilement à une opération dont elles ne comprennent ni l'importance, ni la nécessité.

125	1. 24 I . . .	Col volumineux, béant; dans le cul-de-sac droit cicatrice jusqu'à la voûte vaginale; idem à gauche; tissus sous-jacents indurés, douloureux.	Trachélorr. bilat. 27-3-89 .	Guérison. . .	Guérison maintenue.
126	2. 31 II . . .	Déchirure unilatérale gauche très douloureuse, s'étendant jusqu'à la voûte vaginale; métrite chronique.	Id. gauche. 7-7-89 .	Id. . .	Id.
127	3. 26 I . . .	Déchirure latérale droite très profonde; métrite et endométrite chroniques; utérus fixé.	Id. droite 19-8-89 .	Id. . . .	?
128	4. 21 I . .	Déchirures bilatérales, profondes à gauche; paramétrite, ménorragie; utérus immobilisé.	Id. bilat. 10-11-89 .	Id. . . .	Guérison.
129	5. 27 II . . .	Déchirure latérale droite; paramétrite, impotence; utérus très peu mobile.	Id. droite. 7-2-90 .	Id. . . .	A repris ses occupations.
130	6. 33 I . . .	Déchirures bilatérales très profondes; paramétrite, ménorragie, métrite chronique; utérus immobilisé.	Id. bilat 19-5-90 .	Id. . . .	Guérison.
131	7. 28 II . . .	Déchirure latérale gauche jusqu'à la voûte vaginale; métrite chronique; utérus fixé.	Id. gauch. 17-11-90.	Id. . . .	Id.
132	8. 30 I . . .	Déchirure droite s'étendant sur toute la voûte vaginale; cicatrice très douloureuse; utérus très peu mobile.	Id. droite. 18-10-91.	Id. . . .	Id.

Opération. — Narcose et décubitus dorso-sacré. Lavage et désinfection. Je saisis les deux lèvres au moyen des pinces de Museux, et, avec le bistouri, je circonscris le pourtour de la plaie; j'avive toute la surface de la dechirure ainsi que les bords de l'orifice externe. J'égalise les surfaces et je place les sutures; les supérieures partent de la voûte vaginale, traversent le bord d'avivement du canal cervical et ressortent dans le bord du côté opposé. Je lie les fils au fur et à mesure de leur placement; je place ainsi quatre ou cinq sutures jusqu'à l'extrémité inférieure de la portion vaginale; quelques points superficiels entre ces sutures (fils de soie).

Si la déchirure s'étend sur la voûte vaginale, on prolongera l'avivement aussi loin qu'il est nécessaire.

Si la déchirure est bilatérale, l'opération est la même, mais le placement des sutures se fera alternativement d'un côté et de l'autre.

Enfin, s'il y a coexistence de cicatrices paramétritiques, il faut aussi faire disparaître l'immobilité utérine. On exercera des tractions sur l'utérus dans le sens opposé aux adhérences. Puis, la cicatrice étant excisée, on ira, au moyen de ciseaux promenés profondément, détacher les adhérences cicatricielles jusqu'à ce que l'utérus tombe dans le milieu du bassin.

Traitement consécutif. — Repos, glace sur le bas-ventre. Injections vaginales. Les fils sont enlevés le huitième ou le neuvième jour.

Les affections concomitantes utérines doivent être traitées postérieurement à la trachélorraphie. Leur guérison est, dès lors, en général rapide.

δ. — POLYPES.

Le seul traitement des polypes du col est leur ablation, avec ou sans portion de muqueuse. S'ils sont isolés, pédiculés, on les saisit avec une pince à pansement ou une pince de Museux, et on les enlève par torsion, ce qui évite toute hémorragie. Si le pédicule est large, volumineux, dur, on passera un fil double à travers sa base et l'on fera la ligature des deux moitiés du pédicule. Le moignon s'atrophie.

Si la base et la muqueuse environnante sont irritées, que les lèvres du museau de tanche ont leurs follicules tuméfiés, on excisera tous les tissus malades.

133	48 H . .	Polype volumineux, sclérose et inflam. folliculaire des lèvres du col, métrorragies.	Extraction et amputation du col, 24-2-89.	Guérison.	Guérison.
134	50 V . .	Polypes muqueux multiples, peu volumineux.	Extraction de la muqueuse, 4-7-90.	Id.	Id.
135	44 I . .	Polype volumineux, largement pédiculé, métrorragies.	Ablation par sutures, 3-19-90.	Id.	?
136	32 o . .	Polype volumineux à pédicule très long.	Ablation par torsion, 17-10-91.	Id.	?

V. — CORPS UTÉRIN.

α. — CURETTAGE.

Le curettage est le traitement de choix, le traitement rationnel des endométrites. Lorsque les moyens thérapeutiques ordinaires, tels que : injections vaginales, intra-utérines,

pansements utérins, échouent, gardons-nous de les prolonger si nous voulons éviter au parenchyme utérin des altérations telles que la guérison en devienne problématique, illusoire, et surtout si nous voulons éviter les altérations des annexes utérines, si fréquentes dans ces affections.

Il ne faut pas hésiter à recourir au curettage et aux traitements consécutifs dans les cas suivants :

1. Endométrites glandulaires chroniques.
2. Id. interstitielles id.

et dans leurs variétés : endométrite post abortum.
id. adénomateuse.
id. exfoliatrice.
id. fongueuse.

Toutes les objections qu'on a opposées au curettage et qui ont été reprises encore dernièrement à l'Académie royale de médecine de Belgique, ne sont pas fondées.

Dans l'endométrite, il faut, non pas évider l'utérus, mais détacher une muqueuse malade.

Après le curettage, la muqueuse subit une *régénération* complète et non une *cicatrisation*. Le curettage le plus énergique laisse les couches profondes de la muqueuse avec ses culs-de-sac glandulaires, qui vont présider à la régénération de celle-ci. Certes, ces culs-de-sac peuvent être le point de départ d'une nouvelle infection, mais nous pourrons l'éviter, ou du moins la combattre aisément, par le traitement consécutif.

L'influence fâcheuse du curettage sur la conception a été opposée comme argument des plus sérieux à cette thérapeutique. Ma statistique y répond victorieusement.

Technique opératoire. — On pratiquera l'opération un jour ou deux après la menstruation, et de préférence sous la narcose chloroformique. L'asepsie générale et vaginale étant assurée, la malade est placée dans le décubitus dorsal en position *vulvaire,* les cuisses repliées sur l'abdomen et maintenues par le Beinhalter. Le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince de Museux, qui saisit la lèvre antérieure. On s'assure de la direction et de la profondeur de l'utérus avec un cathéter. Puis, on pratique la dilatation extemporanée du col, au moyen de la série de dilatateurs de Hégar. Je préfère employer ce mode de dilatation du cǒl au laminaria ou au tupelo, à cause de l'asepsie plus complète et plus certaine. La dilatation lente est souvent douloureuse, rend les malades nerveuses, peut occasionner des accidents graves, comme l'a rapporté Fritsch.

La dilatation préalable doit cependant être employée chez les nullipares, et dans les cas de déviation prononcée ou de sténose de l'orifice externe. Dans ce dernier cas pourtant, j'ai vu le crayon de laminaire ne produire la dilatation que d'une partie du col et l'orifice externe rester intact; ou bien encore lorsque les tissus du col sont sclérosés, la partie intra-utérine du laminaria se dilater complètement, alors que celle qui est emprisonnée dans le col se dilate beaucoup moins. Si l'on veut alors retirer le crayon, on éprouve une forte résistance, et il peut arriver qu'il se brise, une portion restant dans la cavité utérine. Si le crayon s'est dilaté en ampoule au milieu, c'est-à-dire lorsque les orifices interne et externe ont résisté à la dilatation, on éprouve parfois une résistance que l'on ne parvient à vaincre que très difficilement. Pour toutes ces raisons, je préfère la dilatation extemporanée, ou bien la discision du col dans les cas de sténose.

Lorsque la dilatation est obtenue, la curette (curette

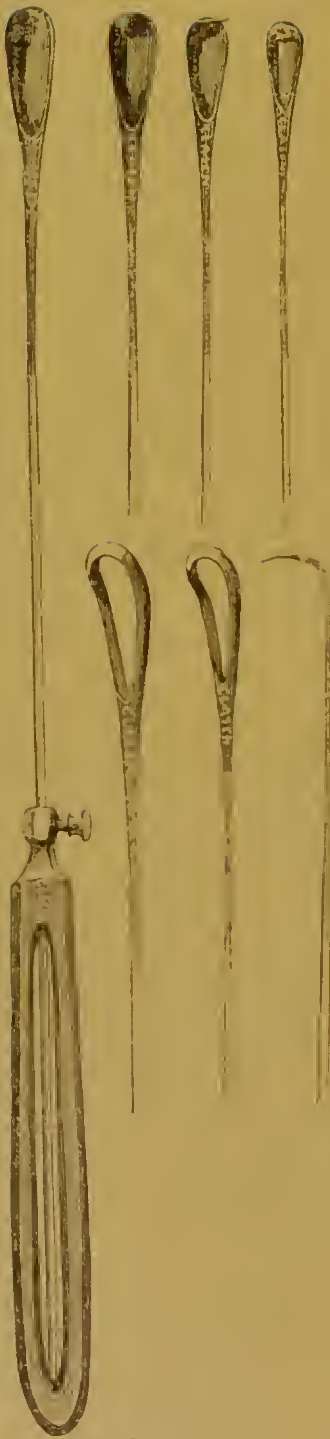


FIG. 10.

tranchante) est introduite jusqu'au fond de l'utérus, et on la promène successivement sur les faces antérieure et postérieure, sur le fond, au niveau des angles et des bords latéraux. On n'abandonnera l'instrument que lorsque toutes les surfaces sur lesquelles on le promène *crieront*. On introduit alors la sonde à double courant,— j'emploie de préférence celle de Bozeman-Fritsch, à diamètre très fort, — on fait passer un courant d'eau bouillie. chaude, puis. rapidement, on passe avec la curette la revision de toute la surface utérine; on replace la sonde à double courant, qu'on laisse fonctionner pendant qu'on prépare le pansement. Celui-ci est placé lorsque le liquide de lavage sort clair.

Pansement. — Dans les *endométrites post abortum*, les *endométrites fongueuses*, immédiatement après le curettage, on injecte dans l'utérus une solution de perchlorure de fer ou de teinture d'iode. On se sert à cet effet de la seringue de Braun, dont on introduit la canule jusqu'au fond de l'organe.

Tout en poussant sur le piston de la seringue. on la retire petit à petit, de façon à injecter les dernières gouttes dans la cavité du col. Il faut avoir soin, pendant toute l'injection, de laisser fonctionner sur le col l'irrigation continue, afin d'éviter la cautérisation du vagin et de la vulve.

On réintroduit la sonde à double courant; ce dernier lavage entraîne l'excès du caustique et les caillots. On éprouve parfois une certaine difficulté à réintroduire la sonde de Bozeman, de gros calibre, après la cautérisation, le col s'étant resserré. Je prépare toujours, pour obvier à cet inconvénient, une sonde à double courant de petit calibre. L'opération est alors terminée. On retire la pince de Museux, on remet l'utérus en place, on saupoudre légèrement le fond du vagin d'iodoforme pulvérisé, et enfin on place un tampon vaginal de gaze iodoformée. Ce tampon est retiré après vingt-quatre heures. On administre dès lors à la malade, qui séjourne au lit, deux ou trois injections vaginales journalières, tièdes, à 1 °/₀₀ de sublimé. Il est bon, dans ces cas d'endométrite, de pratiquer tous les deux jours une injection intra-utérine de teinture d'iode pure. Quatre à huit injections suffisent pour amener la guérison. Je permets à la patiente de quitter le lit le cinquième ou sixième jour, et elle peut alors prendre elle-même les soins antiseptiques vaginaux.

Dans l'endométrite catarrhale simple, le pansement que j'emploie est le suivant : après le curage et le lavage intra-utérins, je pratique l'écouvillonnage au moyen de l'écouvillon de Doléris, imbibé d'une solution de créosote de hêtre :

créosote de hêtre, }
glycérine neutre, } à 20 grammes.
alcool, }

Cet instrument, désinfecté dans une solution de sublimé, est

introduit dans le col par un mouvement spiroïde, et l'on continue à le tourner tantôt à droite, tantôt à gauche, jusqu'à ce qu'on le retire. Le rôle de l'écouvillon est de balayer l'intérieur de la cavité utérine et d'y promener le caustique. Après l'écouvillonnage, on introduit la sonde à double courant. Puis on place le tampon vaginal. Dans ces cas, je n'emploie comme traitement consécutif que les injections aseptiques ou antiseptiques vaginales, sans injections intra-utérines.

Dans les cas d'endométrite glandulaire et interstitielle chroniques, je pratique soit l'écouvillonnage, soit le tamponnement intra-utérin, au moyen d'une bandelette de gaze aseptique imbibée de la même solution de créosote. Ce tamponnement, suivi du pansement vaginal, est retiré après vingt-quatre heures. Mêmes soins consécutifs.

Donc :

Endométrite post abortum.	Curage, injection de perchlorure de fer ou de teinture d'iode.	Injections intra-utérines de teinture d'iode.
Id. fongueuse.	Id.	Id.
Id. catarrhale.	Curage, écouvillonnage.	Injections vaginales.
Id. glandulaire et interstitielle.	Curage, tamponnement intra-utérin.	Id.

Tel est le traitement curatif de l'endométrite. Est-ce à dire que nous obtiendrons une guérison dans tous les cas, que nous ne verrons pas revenir l'affection plus ou moins rapidement et avec plus ou moins d'intensité ? Non, comme on peut le voir plus loin. Mais devons-nous mettre ces insuccès à charge du traitement ? Bien de ces cas récidivants sont invétérés, la muqueuse est malade jusque dans le fond des culs-de-sac glandulaires, là où la curette ne peut l'atteindre, ce

137	1. 40 VII . .	Endomét. chronique interstit. .	7- 3-89	Guérison . . .	Guérison.
138	2. 52 0 . . .	Id. id. glandul. .	18- 3-89	Id. . . .	Récidive rapide.
139	3. 24 0 . . .	Id. id. blennorr..	22- 4-89	Id. . . .	Guérison.
140	4. 29 II . . .	Id. blennorragique . .	25- 4-89	Id. . . .	Récidive 5 mois après.
141	5. 52 IV. . .	Id. chronique interst. .	2- 5-89	Id. . .	Guérison.
142	6. 43 III. . .	Id. id. fongueuse.	10- 6-89	Id. . . .	Id.
143	7. 31 0 . . .	Id. id. blennorr..	15- 6 89	Id. . . .	Id.
144	8. 23 0 . . .	Id. id. blennorr..	20- 6-89	Id. . .	Récidive en septembre 89.
145	9. 35 I . . .	Id. id. glandul. .	22- 6-89	Id. . . .	Récidive au bout de 13 mois.
146	10. 19 0 . . .	Id. id. végétante.	23- 6-89	Id. . . .	Récidive au bout de 1 mois.
147	11. 27 I . . .	Id. id. blennorr..	23- 6-89	Id. . . .	Salpingectomie 18-3-90.
148	12. 42 III. . .	Id. id. interstit. .	24- 6-89	Id. . . .	Enceinte en octobre 89.
149	13. 37 I . . .	Id. id. id. .	25- 6-89	Id. . . .	Guérison.
150	14. 26 0 . . .	Id. id. végétante.	26- 6-89	Id. . . .	Guérison.
151	15. 41 VI. . .	Id. id. glandul. .	16- 7-89	Id. . . .	Id.
152	16. 26 0 . . .	Id. id. blennorr..	23- 7-89	Id. . . .	Enceinte en janvier 90.
153	17. 37 II . . .	Id. id. glandul. .	29- 7-89	Id. . . .	Id.

154	18. 27 I . . .	Endomét. chronique interstit. .					
155	19. 52 IV. . .	Id.	id.	végétante.	1- 8-89	Guérison . . .	Guérison.
156	20. 38 o . . .	Id.	id.	interstit. .	3- 8-89	Id. . . .	Récidive après 2 mois.
157	21. 27 I . . .	Id	id.	id. .	7- 8-89	Id. . . .	Enceinte en janvier 90.
158	22. 37 III. . .	Id.	id.	interstit. .	9- 8-89	Id. . . .	Hystér., ovar.-salping. 17-6-90.
159	23. 44 V . . .	Id.	id.	id. .	5- 9-89	Id. . . .	Guérison.
160	24. 17 o . . .	Id.	id.	blennorr..	8- 9-89	Id. . . .	Id.
161	25. 39 III. . .	Id.	id.	glandul. .	22-10-89	Id. . . .	Id.
162	26. 43 V . . .	Id.	id.	id. .	26-10-89	Id. . . .	Id.
163	27. 45 III. . .	Id.	id.	id. .	5-11-89	Id. . . .	Id.
164	28. 35 II . . .	Id.	id.	id. .	23-11-89	Id. . . .	Id.
165	29. 22 II . .	Id.	id.	id. .	29-11-89	Id. . . .	Enceinte en mars 90.
166	30 32 III. . .	Id.	id.	id. .	10-12-89	Id. . .	Guérison.
167	31. 36 II . .	Id.	id.	hémorrag.	10-12-89	Id. . . .	Id.
168	32. 36 I . . .	Id.	id.	glandul. .	28-12-89	Id. . . .	Id.
169	33. 25 o . . .	Id.	id.	post abort.	29-12-89	Id. . . .	Id.
170	34 34 I . . .	Id.	id.	exfoliatrice	11- 1-90	Id. . . .	Récidive après 1 $^1/_2$ mois.
171	35. 25 o . . .	Id.	id.	interstit. .	16- 1-90	Id. . . .	Guérison.
172	36. 21 o . .	Id.	id.	id. .	19- 1-90	Id. . . .	Récidive, réopérée 2 mois plus tard.

173	37. 42 I . . .	Id.	id.	adénomat.	23- 1-90	Id. . . .	Récidive suivie d'hystérect. vag.
174	38. 37 II . . .	Id.	id.	glandul. .	25- 1-90	Id. . . .	Guérison.
175	39. 25 I . . .	Id.	id.	id. .	18- 2-90	Id. . . .	?
176	40. 32 II . . .	Id.	id.	interstit. .	1- 3-90	Id. . . .	Guérison.
177	41. 25 I . . .	Id.	id.	post abort.	29- 3-90	Id. . . .	?
178	42. 29 I . . .	Id.	id.	id. .	1- 4-90	Id. . . .	?
179	43. 44 o . . .	Id.	id.	exfoliatrice	3- 4-90	Id. . . .	?
180	44. 37 I . . .	Id.	id.	blennorr..	5- 4-90	Id. . . .	Récidive, réopérée en octob. 90.
181	45. 26 o . . .	Id.	id.	fongueuse.	5- 6-90	Id. . . .	Guérison.
182	46. 25 o . . .	Id.	id.	id. .	10- 6-90	Id. . . .	Enceinte en 91.
183	47. 24 o . . .	Id.	id.	blennorr..	19- 6-90	Id. . . .	Ovaro-salpingite en nov. 90.
184	48. 32 I . . .	Id.	id.	post abort.	19- 6-90	Id. . . .	Guérison.
185	49. 22 o . . .	Id.	id.	glandul. .	19- 6-90	Id. . . .	Enceinte 4 mois plus tard.
186	50. 29 I . . .	Id.	id.	id .	1- 7-90	Id. . . .	?
187	51. 31 o . . .	Id.	id.	fongueuse.	5- 7-90	Id. . . .	?
188	52. 46 IV. . .	Id	id.	interstit. .	10- 7-90	Id. . . .	Guérison.
189	53. 33 II . . .	Id.	id.	blennorr..	15- 7-90	Id. . . .	?
190	54. 22 II . . .	Id.	id.	id. .	1- 9-90	Id. . . .	?
191	55. 29 I . . .	Id.	id.	fongueuse	3- 9-90	Id. . . .	Guérison.

192	56. 27 I . . .	Endométrite chronique glandul.	9- 9-90	Guérison . . .	Récidive rapide.
193	57. 39 II . . .	Id. id. id. .	18- 9-90	Id. . . .	?
194	58. 44 V . . .	Id. id. post abort.	3-10-90	Id. . . .	Guérison.
195	59. 29 I . . .	Id. id. id. .	8-10-90	Id. . .	Id.
196	60. 24 II . .	Id. id. fongueuse.	15-10-90	Id. . . .	Enceinte en 91.
197	61. 21 I . . .	Id. id. glandul. .	21-10-90	Id. . . .	Guérison.
198	62. 35 III. . .	Id. id. id. .	28-10-90	Id. . . .	?
199	63. 29 o . .	Id. id. glandul. .	28-10-90	Id. . . .	?
200	64. 33 o . . .	Id. id.	2-12-90	Id. . . .	Guérison.
201	65. 31 III. . .	Id. id.	5- 1-91	Id. . . .	Id.
202	66. 24 o . . .	Id. id.	11- 1-91	Id. . . .	Enceinte 2 mois plus tard.
203	67. 35 I . . .	Id. id.	19- 1-91	Id. . . .	Guérison.
204	68. 24 o . . .	Id. post abortum . .	19- 1-91	Id. . . .	?
205	69. 25 o . . .	Id. id. . .	3- 2-91	Id. . . .	Guérison.
206	70. 27 II . . .	Id. id. . .	18- 2-91	Id. . . .	Id.
207	71. 17 o . . .	Id. glandulaire. . .	13- 3-91	Id. . . .	Enceinte en août 91.
208	72. 35 II . . .	Id. interstitielle . .	14- 3-91	Id. . . .	?
209	73. 37 o . . .	Id. glandulaire. . .	15- 4-91	Id. . . .	Guérison.
210	74. 28 I . . .	Id. post abortum . .	30- 4-91	Id. . . .	Id.

211	75. 27 0 . . .	Id. interstitielle. . .	10- 5-91	Id. . . .	Id.
212	76. 64 0 . . .	Cancer utérin	15- 6-91	Amélioration .	Récidive très rapide.
213	77. 31 0 . . .	Id. glandulaire	16- 6-91	Guérison . .	Guérison.
214	78. 36 I . . .	Id. id.	23- 6-91	Id. . . .	Id.
215	79. 39 III. . .	Id. id.	27- 7-91	Id. . . .	Récidive.
216	80. 27 I . .	Cancer glandulaire	7- 7-91	Guérison . . .	Id.
217	81. 26 0 . . .	Id. post abortum	9- 7-91	Id. . . .	Enceinte en octobre 91.
218	82 28 0 . . .	Id. id.	11- 7-91	Id . . .	Guérison.
219	83. 33 0 . . .	Id. id. . . .	15- 7-91	Id. . . .	Id.
220	84. 28 0 . .	Id. id. . .	15- 7-91	Id. . . .	Id.
221	85. 37 III. .	Id. glandulaire	28- 8-91	Id. . . .	Id.
222	86. 30 I . . .	Id. id.	29- 8-91	Id. . . .	Récidive.
223	87. 32 VI. .	Id. id.	31- 8-91	Id. . . .	Guérison.
224	88. 26 II . . .	Endométrite glandul. chronique.	2- 9-91	Id. . . .	?
225	89. 24 I . . .	Id. post abortum . .	7- 9-91	Id. . . .	Guérison.

226	90. 27 II . .	Endométrite post abortum .	14- 9-91	Guérison.	Guérison,
227	91. 38 III. . .	Id. interstitielle. . .	25- 9-91	Id. .	Id.
228	92. 36 IV. . .	Cancer utérin	2-10-91	Amélioration .	?
229	93. 56 II . . .	Id.	6-10-91	Id. .	Reprise des accidents après 15 jours.
230	94. 34 o . . .	Endométrite glandulaire	7-10-91	Guérison . . .	Opération trop récente.
231	95. 25 o . .	Id. blennorragique. .	15-10-91	Id. . .	Id.
232	96. 23 1 . . .	Id. id. .	24-10-91	Id. . . .	Id.
233	97. 28 II . . .	Id. id. . .	28-10-91	Id. . . .	Id.
234	98. 34 o . . .	Fibrôme utérin.	10-11-91	Amélioration .	Id.
235	99. 31 IV. . .	Endométrite interstitielle	16-11-91	Guérison . . .	Id.
236	100. 26 II . . .	Id. blennorragique. .	30-11-91	Id. . .	Id.
237	101. 34 o . . .	Id. post abortum . .	9-12-91	Id. . .	Id.
238	102. 28 I . . .	Id. id. . .	12-12-91	Id. . .	Id.

qui permet à l'infection de récidiver avec facilité. Enfin, ce n'est pas parce que nous guérissons une malade qu'elle est par le fait à l'abri d'infections postérieures, provenant si souvent des maris. Ceux-ci, avec une générosité rare, redonnent à ces malheureuses ces infections contre lesquelles nous nous débattons, et, dans ces cas, les récidives sont toujours mises sur le compte, non des coupables qu'on néglige de rechercher, mais du traitement, sinon du praticien.

β. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

L'extirpation de la totalité de l'utérus trouve ses indications dans la *dégénérescence carcinomateuse et sarcomateuse de l'utérus*. L'intervention n'est plus discutée aujourd'hui pour ce qui concerne le corps utérin. Faut-il, dans le cancroïde de la portion vaginale, pratiquer l'extirpation totale ou faire l'excision haute du col, dont j'ai parlé à propos de l'amputation de ce dernier ?

Les partisans de cette dernière méthode diminuent de jour en jour. J'estime que l'opération radicale précoce offre un pronostic opératoire plus favorable et donnera un résultat final meilleur.

Nous trouvons encore parmi les indications de l'hystérectomie vaginale totale : la dégénérescence adénomateuse ou adénome malin, *l'endométrite hémorragique* résistant aux autres modes de traitement chez les femmes approchant la ménopause; enfin les cas de *prolapsus* contre lesquels tous les autres moyens ont échoué, quelques cas de *fibromes utérins* et quelques cas de métrite douloureuse.

J'ai fait 29 hystérectomies vaginales suivies de 29 guérisons opératoires :

1 carcinome primitif du corps, 1 guérison.

12 cancroïdes du col, 12 guérisons.

2 sarcomes du corps, 2 guérisons.

3 endométrites hémorragiques, métrite 6 douloureuses avec ou sans altération des annexes, 3 guérisons.

3 myomes avec métrite douloureuse, 3 guérisons.

4 suppurations pelviennes, 5 guérisons.

1 métro-péritonite puerpérale, 1 guérison opératoire.

1 endométrite suite de cautérisation à la pâte de Canquoin, 1 guérison.

1 hématocèle suppurée.

1 ovaro-salpingite bilatérale, 1 guérison.

Contre-indication à l'extirpation dans le carcinome : la propagation de l'infiltration au voisinage de l'utérus, les adhérences aux organes voisins.

Dans tous les autres cas, comme on le verra plus loin, cette dernière contre-indication n'en est plus une aujourd'hui, de même que l'excès de volume de la matrice.

Il y a trois opérations techniques différentes pour l'extirpation de l'utérus :

1° L'extirpation vaginale avec sutures progressives;

2° L'extirpation vaginale au moyen de pinces à forcipressure;

3° L'extirpation vaginale par morcellement.

Soins antérieurs à l'opération : Désinfection soignée du vagin et des régions environnantes, bains, purgatifs. Chloroformisation et decubitus dorso-sacré au moyen du Beinhalter.

1° *Hystérectomie par sutures progressives.* — J'utilise ici avec beaucoup d'avantage la valve postérieure d'Auvard; elle permet de déprimer la paroi postérieure tout mécaniquement. Deux écarteurs latéraux dépriment les parois latérales; enfin une valve découvre la voûte vaginale. Le col utérin est saisi au moyen de deux pinces à mors et attiré

aussi loin que possible vers le pubis, manœuvre qui déprime le cul-de-sac postérieur. On va, au bistouri, inciser l'insertion utérine du vagin aussi loin que possible, afin de pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas. Celui-ci ouvert, on l'agrandit à droite et à gauche et l'on suture à l'aide d'une forte aiguille en hameçon le bord vaginal sur toute l'étendue de la section. L'aiguille pénètre par la voûte vaginale, traverse la séreuse, parcourt le même trajet 1 centimètre environ plus loin et vient ressortir à la même distance du trou d'entrée. Cinq sutures suffisent généralement pour arrêter toute hémorragie.

On continue la ligature circulaire du vagin, puis on sectionne la paroi vaginale en libérant ainsi le col de la partie correspondante. On agira de même pour le cul-de-sac antérieur en allant jusqu'au péritoine, mais très prudemment à cause du voisinage de la vessie.

On procède ensuite à la ligature des ligaments larges. On passe l'index gauche par l'ouverture produite en arrière du ligament large. On traverse ce ligament avec l'aiguille de Deschamps armée de soie, on fait la ligature et l'on sectionne au ras de l'utérus la partie correspondant à la ligature. On procède alternativement à droite et à gauche. Après quatre, cinq, six étages de sutures, on arrive à lier tout le ligament. Si l'*abaissement* est difficile, on peut employer le *basculement* de l'utérus, manœuvre qui peut se faire en avant ou en arrière; le fond utérin étant basculé, les ligaments larges deviennent facilement accessibles, et l'on procède à leur ligature.

Ce basculement peut aussi être fait après section du ligament large d'un côté, c'est-à-dire qu'au lieu de placer les ligatures alternativement à droite et à gauche, on continue jusqu'à ligature complète d'un des ligaments. On fait alors

basculer l'utérus et l'on place les ligatures sur l'autre ligament.

2° *Hystérectomie par forcipressure.* — Ce mode opératoire offre comme avantage sur le précédent sa rapidité plus grande, son usage plus aisé dans les cas où le basculement et l'abaissement de l'utérus sont difficiles ou impossibles; il offre cependant, au dire de certains opérateurs, moins de sécurité au point de vue de l'antisepsie. Il faut, il est vrai, ne se servir que de pinces hémostatiques parfaitement aseptisées, et placer avec le plus grand soin le pansement post-opératoire. J'emploie de préférence ce mode opératoire aux ligatures, à cause de la rapidité. Dans toute hystérectomie, le shoc opératoire est minime, mais surtout lorsque l'opération peut être faite rapidement, ce qui plaide encore en faveur de la forcipressure.

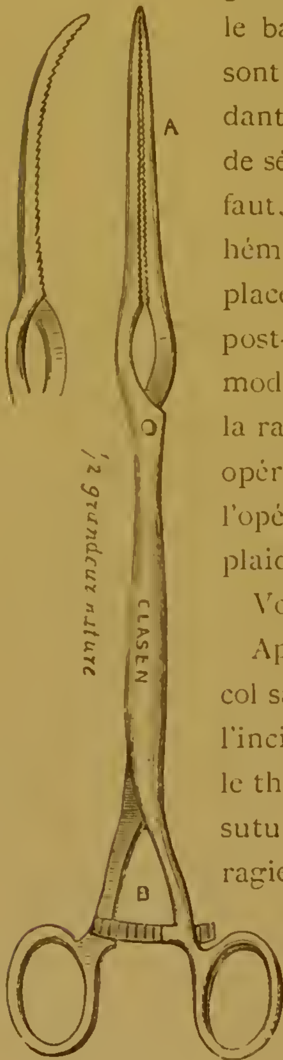


Fig. 11.

Voici comment j'opère :

Après avoir abaissé aussi bas que possible le col saisi avec deux pinces de Museux, je trace l'incision circulaire du premier procédé avec le thermocautère, ce qui m'évite de placer les sutures vaginales et empêche toutes les hémorragies du début. Je détache alors, au moyen du doigt, le péritoine et les tractus de tissu cellulaire des culs-de-sac postérieur et antérieur, jusqu'à ce que j'arrive à ouvrir soit avec le doigt, soit aux ciseaux, le péritoine. Sous la conduite des doigts, et en ayant bien soin d'écarter les anses intestinales, je place

ensuite les pinces en les glissant un mors en avant et l'autre en arrière du ligament large. La pince fixée, je sectionne le ligament au ras de l'utérus. Je ne saisis dans chaque pince qu'une portion relativement petite du ligament, de façon pourtant à ne devoir employer que trois ou quatre pinces longuettes de Péan pour un ligament. On peut employer également les pinces de Richelot et celles que j'ai fait construire à cet effet (fig. 11 et 12); mais alors, au lieu de ne sectionner le ligament qu'en petites portions, on le sectionne en une fois, après avoir placé ces pinces sur toute son étendue. On conçoit aisément la rapidité de cette opération si les adhérences péri-utérines ne sont pas trop fortes.

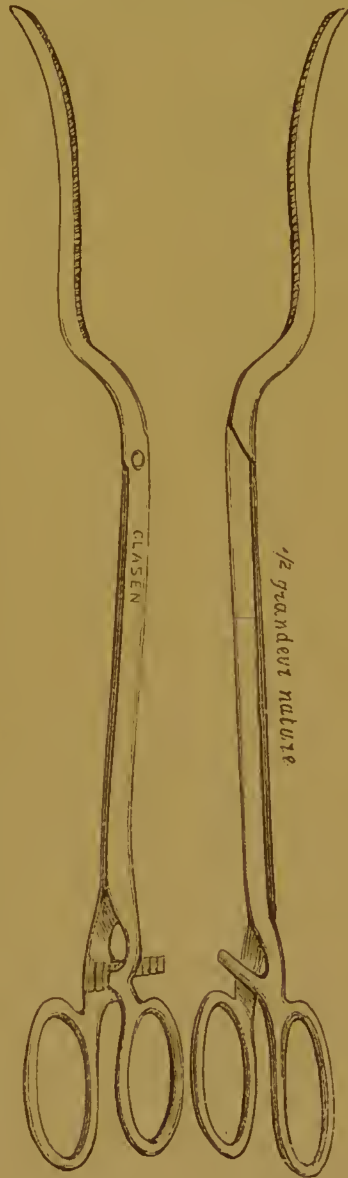


FIG. 12.

L'utérus enlevé, je fais un lavage du vagin avec une solution de sublimé à 1 ‰, puis je saupoudre d'iodoforme toute la plaie et je place une languette de gaze iodoformée dans le bassin en entourant l'extrémité des pinces aussi exactement que possible. Le vagin est comblé de gaze à l'iodoforme, et enfin les extrémités des pinces qui ressortent de la vulve sont entourées d'ouate. On place la sonde à demeure en caoutchouc.

Ce pansement est laissé en place quarante-huit heures. On l'enlève alors en sens inverse du placement, mais en ayant soin de ne pas retirer la gaze qui entoure l'extrémité des pinces avant d'avoir enlevé celles-ci. On fait un lavage au sublimé, et l'on replace une bande de gaze iodoformée dans le vagin. A partir du troisième jour, on prescrit quatre ou cinq injections désinfectantes par jour.

Je permets à la malade de se lever sur la chaise longue le *cinquième ou sixième jour*, de marcher le dixième ou douzième jour. J'estime que l'écoulement des liquides se fait plus aisément ; il n'y a pas stagnation, aussi la chute des escarres et la cicatrisation sont-elles ordinairement complètes du quinzième au vingtième jour.

Dans ce *modus faciendi*, de même que dans le procédé à sutures, je ne renferme pas les culs-de-sac vaginaux. Je préfère drainer le péritoine. Dans un cas j'ai voulu suivre cette méthode, mais je fus obligé de rouvrir le surlendemain et de drainer, à cause d'accidents dus à la rétention des liquides.

3° *Hystérectomie par morcellement*. — Cette hystérectomie a ses indications très spéciales, bien nettes. Je la considère comme opération de choix dans les pyosalpinx compliqués d'altérations graves des organes voisins, comme opération de nécessité dans les cas de suppurations pelviennes à foyers multiples. Dans ces cas, l'hystérectomie par morcellement constitue le seul traitement curatif.

Le champ opératoire est préparé vingt-quatre heures avant l'opération, c'est-à-dire que l'on pratique l'asepsie du vagin, de la vulve et du rectum, asepsie qui est reprise immédiatement avant l'opération ; une fois la chloroformisation obtenue, on place la malade sur la table d'opération. J'ai placé mes opérées dans la position dorso-sacrée, les jambes et cuisses repliées sur l'abdomen et maintenues dans cette

position par le *Beinhalter* de Sänger. Péan préconise exclusivement le décubitus latéral gauche. Pour moi, la position dorso-sacrée offre plus de facilité pour découvrir le champ opératoire et supprime deux aides par la possibilité d'employer le *Beinhalter*. Le chloroforme est donné beaucoup plus facilement, et le chloroformisateur peut plus aisément surveiller sa malade. Segond préfère également cette position, et fait remarquer avec justesse que le rôle des aides est moins fatigant et que, la malade étant mieux immobilisée, on évite plus facilement les déplacements du bassin et, par le fait, l'opérateur n'est pas tenté de porter les mains sur les fesses pour rétablir la bonne position.



Fig. 13.

L'arsenal opératoire comprend un bistouri, une paire de forts ciseaux à manches longs, les longs écarteurs de Péan (fig. 14), des pinces à mors droits et parallèles en nombre suffisant, des pinces de Museux à dents larges.

Après avoir écarté au moyen de valves plates les parois du vagin (fig. 13), on attire autant que possible le col au moyen de deux pinces de Museux. On incise alors la muqueuse vaginale sur le pourtour du col, que l'on va libérer aussi haut que possible par décollement. Je fais cette première incision au thermocautère.

Après cette désinsertion du col, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur. Le pus s'écoule souvent alors par le vagin. On procède ensuite au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Segond se sert, à cet effet, d'écarteurs de forme spéciale (fig. 15). Je préfère me servir des doigts, estimant ce temps opératoire aussi facile par ce moyen et mettant plus à l'abri des lésions viscérales (vessie

ou rectum). Au fur et à mesure que l'on avance, les valves d'écartement sont enfoncées plus profondément. Un segment de l'utérus ainsi dénudé, on place des pinces-longuettes sur la portion correspondante des ligaments larges et l'on sectionne le ligament contre l'utérus. On divise alors l'utérus en deux valves, supérieure et inférieure, on les excise après avoir placé à leur base deux nouvelles pinces à abaissement. On répète les mêmes manœuvres jusqu'à morcellement complet de l'utérus.

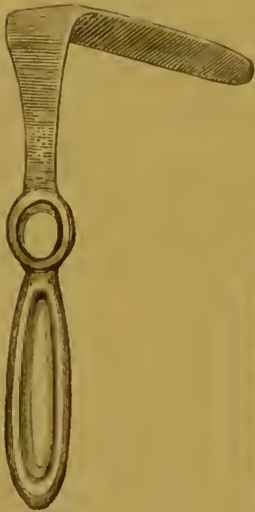


Fig. 14.



Fig. 15.

Il y a donc cinq temps opératoires :

1° Désinsertion du col :

2° Libération d'un segment de l'utérus :

3° Hémostase et section d'un segment correspondant des ligaments larges :

4° Division en deux valves du segment utérin :

5° Section ou excision de celles-ci.

Ordinairement, pendant le décollement, on ouvre les poches purulentes dont le contenu s'échappe par le vagin ; aussi ai-je opéré sous courant continu : mais il peut arriver que l'on pratique tout le décollement sans ouvrir de collection ou même le péritoine.

La règle dont on ne peut s'écarter est de ne jamais sectionner sans avoir, au préalable, *vu* la région. Il ne faut pas opérer en aveugle. Ce qui rend l'examen facile, c'est l'emploi des écarteurs et la section de l'utérus en deux valves, pour rendre plus aisé l'abaissement de l'organe.

Dans les cas où le fond de l'utérus est enclavé dans des adhérences telles que l'abaissement n'est pas possible, il n'y a, paraît-il, pas d'inconvénient à laisser au fond de la plaie les parties les plus élevées de l'organe. Si pendant le morcellement les collections purulentes n'ont pas été ouvertes, c'est-à-dire que l'extirpation de l'utérus se termine sans ouverture des culs-de-sac, il faut aller à la recherche du pus soit par l'ablation des annexes, soit par simple ouverture des collections au moyen du doigt. Lorsque les annexes cèdent aux pinces, il faut les enlever après hémostase. Mais si des adhérences solides les retiennent. il faut ou faire l'ablation incomplète, ou simplement ouvrir les collections.

Les pinces à forcipressure sont entourées de gaze à l'iodoforme et laissées en place quarante-huit heures, après quoi on les enlève et on place dans la plaie un drain en verre pendant un à deux jours, puis on prescrit des injections vaginales antiseptiques fréquentes. Le quatrième jour je provoque une selle et permets la nourriture solide.

Comme on le voit, c'est une opération délicate, difficile, demandant une certaine expérience ; aussi je ne pourrais me résoudre à y recourir, dans les cas de poches purulentes énucléables, par laparotomie. Celle-ci est aisée dans ces cas, son pronostic est bénin et, l'opération étant rapide, on a peu à craindre du shoc opératoire. Certes, des complications tardives, d'origine utérine, peuvent se déclarer, mais il y a possibilité de les éviter par les soins consécutifs minutieusement observés pendant un long laps de temps après la laparotomie.

Dans les salpingo-ovarites non suppurées, la laparotomie est bénigne, facile ; aussi, pas plus que dans les cas de poches purulentes énucléables, je ne lui substituerai l'hystérectomie par morcellement.

HYSTÉRECTOMIES PAR LIGATURES PROGRESSIVES.

239	1. 39 V . . .	Cancroïde du col.	6- 6-89	Guérison . . .	?
240	2. 44 0 . .	Id.	19-11-89	Id. . . .	Pas de récidive en septembre 91.
241	3. 40 II . . .	Id.	2- 7-89	Id. . . .	Guérison (1891).
242	4. 41 IV. . .	Cancer primitif du corps. . . .	21- 1-90	Id. . . .	Récidive en novembre 91.
243	5. 36 0 . . .	Myome utérin	14- 1-90	Id. . .	Guérison.
244	6. 44 0 . . .	Cancroïde du col	3- 7-90	Id. . . .	Pas de récidive en décembre 91.
245	7. 47 I . . .	Sarcome du corps utérin . . .	7-10-89	Id. . . .	?
246	8. 32 III. . .	Cancroïde du col.	22- 7-90	Id. . .	Pas de récidive en septembre 91.
247	9. 41 I . .	Épithélioma du col.	19- 9 90	Id. . . .	Id.
248	10. 47 0 . .	Métrite hémorragique et douloureuse.	6- 2-91	Id. . .	Guérison.
249	11. 37 . . .	Métrorragies incoercibles, métrite douloureuse.	9-10-91	Id. . . .	Id.

HYSTÉRECTOMIES PAR FORCIPRESSURE.

250	1. 43 VI . . .	Cancroïde du col	8-11-89	Guérison . .	Récidive en février 91.
251	2. 39 0 . . .	Id.	17-11-89	Id. . . .	Pas de récidive en 91.
252	3. 42 XII . .	Id.	13- 1-91	Id. . . .	Id.
253	4. 40 0 . . .	Id.	2- 4-91	Id. . . .	Pas de récidive en 91.
254	5. 38 II . . .	Épithélioma du col	7- 6-91	Id. . . .	?
255	6. 34 I. . . .	Myome utérin, métrite douloureuse.	10-12-91	Id. . . .	Guérison.
256	7. 43 I. . . .	Cancroïde du col.	31-10-91	Id. . . .	Pas de récidive (1891).
257	8. 54 0 . .	Sarcome du corps utérin . . .	7-11-91	Id. . . .	Id.
258	9. 42 II . . .	Myomes multiples	26-11-91	Id. . . .	Guérison.
259	10. 29 0 . . .	Ovarosalpingite bilatérale . . .	1-12-91	Id. . .	Id.
260	11. 35 I . . .	Métrite douloureuse et ovarosalpingite bilatérale.	14-12-91	Id. . . .	Id.

HYSTÉRECTOMIES PAR MORCELLEMENT.

261	1. 26 0. . . .	Suppuration pelvienne (7 mois).	2- 5-91	Guérison . . .	Guérison.
262	2. 28 0. . . .	Récidive de suppuration après laparotomie.	8- 5-91	Id. . . .	Id.
263	3. 35 0. . .	Suppuration pelvienne avec communication rectale.	13- 6-91	Id. . . .	Fistule rectovaginale.
264	4. 42 0 . . .	Suppuration pelvienne . . .	9- 7-91	Id. . . .	Guérison.
265	5. 34 I . .	Métro-péritonite puerpérale .	9- 9-91	Id. . . .	Décès après laparotomie pour suture intestinale.
266	6. 32 I. . . .	Hématocèle suppurée.	25- 7-91	Id. . . .	Guérison.
267	7. 29. .	Métrite, suite de cautérisation à la de pâte Canquoin.	1-12-91	Id. . . .	Id.

29 cas. 29 guérisons opératoires.

LAPAROTOMIES.

VI. — ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Toutes les opérations qui vont suivre ont été pratiquées par l'abdomen. J'ai publié déjà les soins que je prends avant, pendant et après les laparotomies [1 et 2]. Qu'il me suffise de rappeler l'attention sur la technique opératoire. Je ne fais plus, depuis longtemps, que la laparotomie *aseptique*, c'est-à-dire que tous les antiseptiques sont absolument écartés; et certes les résultats obtenus ne sont pas faits pour me faire revenir aux excès antiseptiques, puisque sur 149 laparotomies, je n'ai à signaler que 11 décès, imputables non à l'absence d'antiseptiques, mais à la gravité de l'affection.

149 laparotomies. — 11 décès. — Mortalité 7.38 °/₀.

Myomotomies	14	cas	3	décès
Hystéropexies abdominales	19	—	0	—
Ovariotomies	40	—	0	—
Ovaro-salpingectomies	52	—	5	—
Incisions exploratrices	15	—	1	—
Tuberculose	5	—	0	—
Grossesse extra-utérine	1	—	1	—
Tumeurs viscérales	3	—	1	—

---

[1] Jacobs, *Notes cliniques et opératoires sur une première série de 50 laparotomies*. Clermont. 1891.

[2] Jacobs. *Notes cliniques et opératoires sur une deuxième série de 50 laparotomies*. Paris. 1891.

α. — MYOMOTOMIES. — MORTALITÉ : 21.4 %.

268	1. 42 0 .	Myome sous-muqueux interligamenteux.	Hystérectomie abdom. 27-6-89. Méthode extra-péritonéale.	Guérison . .	Maintenue.
269	2. 20 0 .	Myome interstitiel interligamenteux.	Castration bilatérale 29-5-90 . .	Guérison . . .	Santé excellente. La tumeur a sensiblement diminué. Règles irrégul.
270	3. 48 II .	Myome interstitiel interligamenteux, ovarosalpingite bilatérale.	1. Hystérectomie abdominale 21-6-90 Méthode intra-abdominale.	La ligature est abandonnée dans l'abdomen; suppuration consécutive, drainage.	—
			2. Laparotomie explor. 24-6-90. Drainage.	—	—
			3. Laparotomie explor. 28-7-90.	La ligature est retirée, drainage.	Décès en 1891.
271	4. 37 0 .	Myome sous-muqueux interligamenteux.	Hystérectomie 17-6-90. Méthode extra-péritonéale.	Guérison .	Maintenue.
272	5. 39 0 .	Myomes interstitiels multiples (enceinte de cinq mois).	Myomotomie 11-6-90. Méthode intra-péritonéale.	Avortement le quatrième jour. Guérison.	Guérison.

275	6. 40 0 .	Myome sous-péritonéal pédiculé.	Myomotomie 20-9-90. Méthode intra-péritonéale.	Guérison . . .	Id.
274	7. 40 0 .	Myomes interstitiels multiples .	Hystérectomie abdominale. Tamponnement 15-12-90.	Id. . .	Abcès pelvien en décembre 1891.
275	8. 44 II .	Myome volumineux de la paroi antérieure.	Hystérectomie abdominale. Méth. extra-péritonéale 6-1-91.	Id. . . .	Guérison.
276	9. 42 0 .	Myome intra-ligamenteux. . .	Hystérectomie abdominale. Méth. extra-péritonéale 29-1-91.	Id. . . .	Id.
277	10. 70 I .	Myome dégénéré.	Hystérectomie abdominale. Méth. extra-péritonéale 16-2-91.	Décès le 29-2-91.	—
278	11. 54 0 .	Myomes interstitiels multiples, prolapsus utérin.	Hystérectomie abdominale. Méth. extra-péritonéale 11-9-91.	Guérison . . .	Guérison.
279	12. 37 0 .	Myome interstitiel intra-ligamenteux.	Hystérectomie abdominale. Méth. extra-péritonéale 12-9-91.	Id. . . .	Id.
280	13. 27 0 .	Myome interstitiel en voie de dégénérescence, altérations profondes des annexes.	Hystérectomie abdominale. Méth intra-abdominale 23-9-91.	Décès le 25-9-91.	—
281	14 36 III.	Myome interstitiel intra-ligamenteux.	Hystérectomie abdom. 5-11-91. Extraction du col *per vaginam* 7-11-91.	Décès le 7-11-91.	—

β. — HYSTÉROPEXIES ABDOMINALES. — MORTALITÉ 0 %.

282	1. 50 IX.	Prolapsus utérin total, prolapsus vaginal, cystocèle et rectocèle.	Hystéropexie, 20-5-90	En septembre 1890 : utérus élevé, antéversion. Léger degré de prolapsus vaginal postérieur.	Utérin péritonite normale en 1891.
283	2. 54 VI.	Rétroflexion utérine adhérente et douloureuse.	Hystéropexie, 17-5-90	En octobre 1890 : utérus en position normale. Plus jamais de douleurs.	Guérison maintenue en 1891.
284	3. 26 III.	Rétroflexion utérine douloureuse et adhérente, ovaire kystique.	Hystéropexie, et ovariotomie, 27-5-90	Fin septembre 1890 : utérus en position sensiblement normale.	Guérison en 1891.
285	4. 43 I.	Rétroflexion utérine douloureuse, adhérente.	Hystéropexie, 3 6-90	8 novembre 1890 : santé parfaite, utérus position normale. Enceinte de 1 ½ à 2 mois.	Accouchement heureux en mai 1891.
286	5. 32 II.	Léger prolapsus utérin, rétroflexion douloureuse et adhérente.	Hystéropexie, 26-6-90	8 novembre 189. : se porte très bien, utérus élevé, antéversion légèrement exagérée.	Santé excellente en 1892.
287	6. 51 IV.	Métrite et endométrite chronique, rétroflexion adhérente, douloureuse.	Hystéropexie 20-7-70	8 novembre 1890 : santé bonne, utérus volumineux, légèrement douloureux, en antéversion.	Enceinte actuellement de 6 ½ mois en 1892.
288	7. 26 I.	Rétroflexion douloureuse et adhérente (3 ans).	Hystéropexie, 7-1-91	Guérison	Se porte très bien en 1892.
289	8. 35 II.	Prolapsus complet des organes génitaux (9 ans).	22-1-91	Guérison (1 point de suture en suppuration).	Guérison.

290	9. 25 I .	Rétroflexion adhérente et douloureuse (2 ans)	25- 1-91	Guérison	Id.
291	10. 20 I .	Prolapsus utérin (1 1/2 an).	2- 5-91	Id.	Id.
292	11. 47 VII.	Prolapsus complet des organes génitaux (19 ans).	2- 5-91	Id.	Id.
293	12. 51 IV .	Prolapsus complet des organes génitaux (datant de 22 ans).	2- 6-91	Id.	Id.
294	13. 46 o .	Prolapsus utérin (datant de 7 ans).	13- 6-91	Id.	Id.
295	14. 39 III .	Prolapsus utérin (6 ans). .	30- 8-91	Id.	Opération trop récente.
296	15. 43 V .	Prolapsus utérin . . .	31- 8-91	Id.	Guérison.
297	16. 31 II .	Rétroflexion adhérente et douloureuse.	14- 9-91	Id.	Id.
298	17. 30 III .	Rétroflexion adhérente et douloureuse.	10-11-91	Id.	Id.
299	18. 23 o .	Rétroflexion adhérente et douloureuse.	13-11-91	Id.	Id.
300	19. 31 I .	Rétroflexion adhérente et douloureuse.	28-11-91	Id.	Id.

γ. — OVARIOTOMIES. — MORTALITÉ . 0 %.

501	1. 50 0 .	2- 2-90	Datant de 3 ans	Douleurs dans le bas-ventre, impotence .	Kyste dermoïde de l'ovaire gauche.	Guérison.	Guérison.
502	2. 41 0 .	3- 5-90	?	Impotence absolue .	Kystes derm. de l'ovaire droit; un des kystes renfermait un maxillaire avec dents.	Id.	Id.
503	3. 32 I .	26- 6-90	4 ans.	Douleurs abdominales, dysménorrhée, impotence.	Kyste séreux de l'ovaire gauche, rétroflexion utérine.	Id.	Id.
504	4. 21 0 .	24- 5-90	3 ans.	Dysménorrhée, péritonite localisée.	Ovaire droit kystique . .	Id.	Id.
505	5. 26 I .	27- 5-90	7 ans.	Dysménorrhée, péritonite.	Id. . .	Id.	Id.
506	6. 31 III.	8- 7-90	12 ans.	Impotence	Ovaires kystiques . . .	Id.	Id.
507	7. 27 0 .	5- 9-90	1 an.	Id. . . .	Kyste du ligament large droit.	Id.	Id.
508	8. 48 0 .	11- 7-90	?	Id.	Id.	Id.	Id.
509	9. 24½ 0.	14-10-90	5 ans.	Dysménorrhée, douleurs dans le bas-ventre.	Ovaire gauche prolabé et adhérent dans le Douglas, farci du kyste.	Id.	Id.
510	10. 28 I .	29- 9-90	3 ans.	Péritonite localisée, dysménorrhée, fatigue et marche difficile.	Ovaires micro-kystiques prolabés et adhérents.	Id.	Id.
511	11. 34 II .	1-12-90	2 ans.	Douleurs dans le bas-[illegible]	Kyste volumineux de [illegible]	Guérison, [illegible]	Id.

512	12. 27 1 .	5-12-90	5 ans.	Douleurs et gêne très fortes dans le bas-ventre. dysménorrhée.	Ovaires volumineux micro-kystiques.	Guérison.	Id
513	13. 29 I .	5-12-90	?	Dysménorrhée. péritonite localisée.	Ovaires micro-kystiques.	Id.	Id.
514	14. 29 0 .	6-12-90	10 ans.	Péritonite, dysménorrhée. impotence.	Kystes ovariens hématiques volumineux	Id.	Id.
515	15. 24 0 .	9- 2-91	?	Douleurs dans le bas-ventre, marche difficile.	Ovaires kystiques . . .	Id.	Id.
516	16. 21 I .	20- 2-91	?	Blennorragie, fortes douleurs dans le bas-ventre.	Id. . . .	Id.	Id.
517	17. 27 0 .	20- 2-91	6 ans.	Blennorragie ancienne. péritonite localisée	Ovaire droit kystique prolabé et adhérent.	Id.	Id.
518	18. 32 0 .	17- 4-91	?	Amaigrissement. impotence, douleurs dans le bas ventre.	Kyste volumineux de l'ovaire gauche (contenu séreux) : ovaire droit kystique.	Id.	Id.
519	19. 40 0 .	13- 4-91	20 ans.	Impotence.	Ovaire gauche kystique, kyste hématique volumineux.	Id.	Id.
520	20. 22 I .	17- 3-91	?	Douleurs localisées, impotence.	Kystes volumineux (contenu séreux) des ovaires.	Id.	Id.

521	21. 30 0 .	10- 3-91	4 ans.	Dépérissement, dysménorrhée, gastrite sympathique rebelle, douleurs.	Ovaires volumineux kystiques.	Guérison.	Guérison.
522	22. 27 0 .	25- 4-91	3 ans.	Blennorragie ancienne. péritonite localisée.	Ovaire droit kystique. .	Id.	Id.
523	23. 32 1 .	8- 6-91	7 ans.	Péritonites localisées, impotence.	Ovaires kystiques . . .	Id.	Id.
524	24. 28 0 .	19- 3-91	8 ans.	Péritonite localisée, impotence. blennorragie ancienne.	Id. . . .	Guérison, tuberculose abdominale en juin 1891.	Santé précaire en janv. 1892.
525	25. 25 1 .	11- 6-91	4 ans.	Douleurs localisées. impotence.	Id. . .	Guérison.	Guérison.
526	26. 29 0 .	22- 6-91	—	Douleurs abdominales. symptômes réflexes.	Ovaire droit kystique. .	Id.	Id.
527	27. 34 0 .	24- 6-91	2 ans.	Douleurs abdominales, symptômes nerveux intenses, anémie profonde.	Ovaires kystiques . . .	Id.	Id.
528	28. 28 0 .	1- 7-91	8 ans.	Douleurs abdominales .	Id. . . .	Id.	Id.
529	29. 34 0 .	8- 7-91	1 an.	Impotence.	Kyste du ligament large droit.	Id.	Décès à la suite de néphrite en nov. 1891.

330	30. 44 III.	27- 7-91	1 1/2 an.	Ascite, impotence	Ovaires sarcomateux très volumineux.	Id.	Récidive du côté du foie en oct. 1891.
331	31. 36 II .	4- 9-91	1 an.	Impotence.	Kyste séreux volumineux de l'ovaire droit.	Id.	Guérison.
332	32. 64 II .	14- 9-91	6 mois.	Id.	Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.	Id.	Id.
333	33. 46 0 .	17- 9-91	?	Id.	Ovaire kystique	Id.	Id.
334	34. 31 I .	5-10-91	10 ans.	Douleurs et symptômes réflexes.	Ovaires kystiques .	Id.	Hystérectomie vaginale en déc. 1891.
335	35. 32 0 .	19-10-91	Quelques mois.	Impotence.	Kyste volumineux du ligament large droit.	Id.	Guérison
336	36. 28 0 .	22-10-91	?	Phénomènes nerveux intenses.	Ovaires kystiques . . .	Id.	Id.
337	37. 34 II .	10-11-91	9 mois.	Douleurs abdominales, anémie.	Kyste séreux de l'ovaire droit.	Id.	Id.
338	38. 27 I .	13-11-91	?	Douleurs abdominales et symptômes réflexes.	Id.	Id.	Id.
339	39. 62 II .	21-11-91	19 mois.	Impotence.	Kyste séreux de l'ovaire gauche.	Id.	Id.
340	40. 57 0 .	21-11-91	?	Id.	Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.	Id.	Id.

5. — SALPINGECTOMIES. — MORTALITÉ : 6 %.

541	1. 47 o .	Oblitération complète du vagin, ovarosalpingite bilatérale.	Opération antérieure.	Ovarosalpingectomie bilatérale, 18-9-89.	Guérison en juin 1890, santé excellente.	Guérison.
542	2. 15 ½ o.	Pyosalpingite gauche.	Blennorragie. .	Ovarosalpingectomie gauche, 31-8-89.	Guérison. Enceinte de 3 mois en juil. 1890.	?
543	3. 48 o .	Hydrosalpingite droite très volumineuse.	Avortement . .	Salpingectomie, 10 juil. 1889.	Guérison . . .	Id.
544	4. 37 I .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie. .	Ovarosalpingectomie double, 8-8-89.	Id.	Id.
545	5. 44 o .	Pyosalpinx gauche, abcès du ligament.	Avortements. .	Drainage. 14-1-90. .	Id.	?
546	6. 26 o .	Hydrosalpinx gauche.	Blennorragie. .	Ovarosalpingectomie, 20-1-90.	Id. . . .	Guérison.
547	7. 26 I .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie. .	Ovarosalpingectomie bilatérale, 1-12-90.	Id. . . .	?
548	8. 32 I .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie, avortement.	Ovarosalpingectomie double, 25-2-90.	Décès 27-2-90 Complications intestinales.	?
549	9. 24 o .	Pyosalpingite droit .	Blennorragie. .	Ovarosalpingectomie [illegible]	Guérison . . .	Guérison.

330	10. 27 ½ 0.	Salpingite tuberculeuse.	?	Ovarosalpingectomie droite, 11-3-90.	Guérison en sept. 1890. Santé parfaite.	Id.
331	11. 26 0 .	Ovarosalpinx droit .	Avortement .	Ovarosalpingectomie droite, 18-3-90.	Guérison en juillet 1890, légères douleurs à gauche	Id.
332	12. 44 I .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie, avortement.	Ovarosalpingectomie bilatérale, 26-3-90.	Décès 27-3-90. Congestion pulmonaire.	?
333	13. 32 0 .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Avortement . .	Détachement des adhérences, 26-4-90.	Guérison	Guérison.
334	14. 24 0 .	Pyosalpinx bilatéral.	Avortement . .	Ovarosalpingectomie bilatérale, 10-5-90.	Id.	Id.
335	15. 40 II .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie ancienne.	Ablation bilatérale, 21-5 90.	Crise aiguë la veille de l'opération Celle-ci est très laborieuse à cause des adhérences. Guérison.	Id.
336	16 25 0 .	Pyosalpingite double datant de 1 mois	Blennorragie. .	Ablation bilatérale, 7-6-90.	Guérison	Id.
337	17. 26 0 .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Avortement . .	Détachement des adhérences, 14-6 90.	Guérison en oct. 1890. Légères douleurs persistantes	?
338	18. 37 0 .	Fibrome utérin. ovarosalpingite bilaterale.	Blennorragie. .	Hystérectomie et ovarosalpingite, 17-6-90.	Guérison .	Id.

359	19. 48 o .	Fibrome utérin, hématosalpingite droite, pyosalpingite gauche.	?	Hystérectomie et ovarosalpingite bilatérale, 21-6-90.	Guérison . . .	Décès en 1891.
360	20. 36 o .	Pyosalpingite gauche.	?	Ablation, 28-6-90 . .	Id . . .	Décès en novembre 1891, à la suite de tum. sarcom. de la bouche.
361	21. 26 o .	Pyosalpingite gauche.	Blennorragie .	Ablation, 17-7-90 . .	Id. . .	Guérison.
362	22. 38 o .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Avortement .	Ablation, 15-9-90 . .	Id . . .	Id.
363	23. 24 o .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	?	Ovarosalpingectomie droite, castration gauche, 19-7-90.	Id. . .	Id.
364	24. 29 I .	Pyosalpinx gauche .	Blennorragie .	Ovarosalping. gauche, 30-9-70.	Id.	Id.
365	25. 24 o .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Avortement et blennorragie.	Ovarosalping. bilatér. 2-11-90.	Id.	Id.
366	26. 24 1/2 o.	Pyosalpinx gauche .	Blennorragie .	Ovarosalping. gauche, 13-10-90.	Décès le 21 octobre 1891, après une 2e laparotomie.	Salpingite droite en octobre 1891.
367	27. 32 I .	Pyosalpinx bilatéral, abcès des ligaments.	?	Drainage abdomino-vaginal, 14-10-90.	Décès le 17-10-90.	?

368	28. 24 o .	Pyosalpinx droit . .	Blennorragie .	Ovarosalping. droite, 17-10-90.	Guérison . .	Guérison.
369	29. 38 II .	Hématosalpinx bilat.	?	Ovarosalping. bilatér. 24-11-90.	Id.	Menstr. pers. tr. abdominale, en juin 1891.
370	30. 25 o .	Fistule tubaire, suite de salpingectomie, opérée en mars 90.	—	Salpingotomie 25-11-90.	Id. . .	Guérison.
371	31. 25 o .	Pyosalpinx bilatéral .	?	Ovarosalping. bilatér. 5-12-90.	Id. . . .	Id.
372	32. 29 o .	Ovarosalpinx bilatér.	Blennorragie .	Ovarosalping. bilatér. 6-12-90.	Id. . . .	Menstruation en juillet et août 1891.
373	33. 27 I .	Pyosalpinx gauche très volumineux.	Blennorragie .	Ovarosalping. gauche. 27-1-91.	Id. . . .	Guérison.
374	34 39 II .	Pyosalpinx droit . .	Blennorragie .	Ovarosalping. bilatér. 30-1-91.	Id.	Id.
375	35. 36 o .	Ovarosalpingite bilat.	Avortements.	Ovarosalping. bilatér. 31-1-91.	Id.	Id.
376	36. 27 o .	Ovarosalpingite bilat.	?	Ovarosalping. bilatér. 17-2-91.	Id.	Id.
377	37. 22 o .	Pyosalpinx bilatéral.	?	Ovarosalping. bilatér. 7-4-91.	Id.	Menstruations en juin 1891, assez abondantes.

578	38. 31 II .	Ovarosalpingite chronique bilatérale.	Blennorragie et avortements.	Ovarosalping. bilatér. 17-4-91.	Guérison	Guérison.
579	39. 28 o .	Ovarosalping. droite.	Blennorragie. .	Ovarosalping. bilatér. 12-5-91.	Id.	Péritonite tuber. en juillet 1891.
580	40. 29 o .	Pyosalpinx droit . .	?	Ovarosalping. bilatér. 12-5-91.	Id.	Guérison.
581	41. 34 I .	Ovarosalp. chronique.	Blennorragie.	Ovarosalping. bilatér. 6-6-91.	Id.	Id.
582	42. 31 I .	Ovarosalpingite bilat.	Blennorragie.	Ovarosalping. bilatér. 10-7-91.	Id.	Id.
583	43. 28 o .	Hydrosalping. droite.	Blennorragie et syph. (?).	Ovarosalping. droite, 5-9-91.	Id.	Id.
584	44. 32 o .	Pyosalpingite bilatér.	?	Ovarosalping. droite, impossible à gauche, drainage, 8-9-51.	Id.	Id.
585	45. 34 o .	Ovarosalping. droite.	Cautérisation à la pâte de Canquoin.	Ovarosalping. droite, 10-5-91.	Id.	Hystérectomie en déc. 1891.
586	46 29 $^{1}/_{2}$ o.	Ovarosalping. bilatér.	Suites couches .	Ovarosalping. bilatér. 16-9-91.	Id.	Va très bien; réglée en novembre 1891
587	47. 23 o .	Pyosalpingite bilatér.	Blennorragie et ablation.	Ovarosalping. bilatér. 23-9-91.	Décès le 24-9-91 .	?

588	48. 32 o .	Pyosalpingite bilatér.	Blennorragie. .	Ovarosalping. bilatér 3-10-91.	Guérison	Guérison.
589	49. 30 I .	Ovarosalpingite chronique bilatérale, hystérie.	?	Ovarosalping. bilatér. 10-10-91.	Id.	Id.
590	50. 36 o .	Pyosalpingite bilatér. (papillome).	Bennorragie (?) .	Ovarosalping. bilatér. 12-10-91.	Id.	Réglée en novembre 1891, paramétrite aiguë.
591	51. 37 o .	Pyosalpingite bilatér.	Blennorragie. .	Ovarosalping. bilatér. avec suture de l'intestin, 11-11-91.	Id.	Guérison.
592	52. 25 o .	Pyo-ovarosalpingite bilatérale.	Curettage (Dr Bazy) .	Ovarosalping. bilatér. 4-12-91.	Id. . . .	Id.

ε. — TUBERCULOSE PÉRITONÉALE OU DES ORGANES GÉNITAUX. — MORTALITÉ : 0 %.

593	1. 21 o .	Tuberculose de l'utérus, péritonite tuberculeuse.	Laparotomie, 6-3-90 . .	Guérison opérat.	Guérison en 92.
594	2. 3 1/2 o .	Péritonite tuberculeuse . . .	Id. 24-4-90 . . .	Guérison .	Id.
595	3. 27 1/2 o.	Salpingite tuberculeuse . .	Ovarosalpingectomie, 11-3-90 .	Id. . . .	Id.
596	4. 28 o. .	Péritonite tuberculeuse	Lavage, 15-5-91	Guérison opérat.	Amélioration.
597	5. 22 o. .	Id.	Laparotomie et lavage.	Id.	Id.

7. — INCISIONS EXPLORATRICES. — MORTALITÉ : 6.6 %.

398	1. 47 0 . .	20- 7-89	Deux incisions exploratrices en 48 heures, ileus.	Guérison.	Guérison.
399	2. 49 III. .	28-10-89	Tumeur fantôme	Id.	Récidive.
400	3. 48 II . .	24- 6-90	Recherche du lien élastique à la suite de myomotomie.	Id.	Décès en 1891.
401	4. 40 II . .	30- 7-90	Suppuration pelvienne, drainage.	Id.	Guérison.
402	5. 31 III. .	7- 7-90	Suppuration pelvienne . . .	Id.	Id.
403	6. 42 0 . .	16-10-90	Id.	Hystérectomie par morcellement.	Id.
404	7. 43 III. .	11- 1-91	Cancer utérin	—	Décès en juin 91.
405	8. 40 III. .	24- 6-91	Enceinte de trois mois. Menaces d'avortement. Rétroflexion utérine adhérente. Détachement des adhérences.	Accouchement à terme en janvier 1892.	—
406	9. 32 I . .	8- 7-91	Hématocèle suppurée	Hystérectomie par morcellement.	Guérison.
407	10. 36 I . .	9- 9-91	Suppuration pelvienne. . . .	Id.	Décès.
408	11. 36 I . .	18- 9-91	Rupture intestinale, suture . .	Décès, 19-9-91	—
409	12. 24 0 . .	19- 9-91 . . .	Grossesse à quatre mois, tumeur du ligament large.	La grossesse continue. .	—

410	13. 47 II . .	Cancer généralisé avec ascite considérable.	Incision, 14-10-91	Guérison opératoire . .	Décès en janvier 1891.
411	14. 56 II . .	Cancer utérin et fibrome en dégénérescence, ascite considérable.	Incision, 29-10-91	Id. . .	Décès, 7-11-91, marasme.
412	15. 51 o . .	Cancer de l'intestin.	Incision et drainage, 19-11-91 .	Id. . .	Décès, 30-11-91, marasme.

VI. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

413	1. 32 o . .	Grossesse extra-utérine, tubaire, quatre mois.	Extraction du fœtus, partielle du placenta, tamponnement, drainage, 18-11-91.	Décès le 23-11-91 . . .	—

VII. — TUMEURS VISCÉRALES.

414	1. 54 IV . .	Tumeur carcinomateuse des intestins.	Ablation, 7-6-90	Décès le 10-6-90 . . .	—
415	2. 50 o . .	Tumeur carcinomateuse du foie.	Ablation, 19-12-90.	Amélioration	Récidive et décès en 1891.
416	3. 42 III . .	Hernie épiploïque ventrale.	Cure radicale, 26-9-91. . . .	Guérison.	—

SUITES TARDIVES.

1. *Myomotomies.* — Sauf un cas dans lequel j'ai observé, quelques mois après la myomotomie (méthode extra-péritonéale), une éventration à l'endroit ou le pédicule avait été suturé à la paroi, les suites éloignées sont en général bonnes. Les malades jouissent d'une santé relativement excellente et ne ressentent que peu ou pas de douleur.
2. *Hystéropexies.* — Résultats éloignés excellents. Les malades ne souffrent plus. — Deux cas prouvent à l'évidence que cette opération n'apporte aucune entrave aux grossesses consécutives.
3. *Ovariotomies.* — a) *Kystes de l'ovaire.* Résultat très bon : retour à la santé.
   b) *Kystes du ligament large.* Résultat bon : retour à la santé.
   c) *Ovaires microkystiques.* Grande amélioration des symptômes douloureux et réflexes. Santé. Dans quelques cas, infection utérine tardive.
   d) Phénomènes nerveux. Amélioration.
4. *Salpingectomie.* — Guérison. On observe souvent pendant quelques mois la persistance de douleurs dans les régions ovaro-salpingiennes, douleurs disparaissant à la longue, si elles ne sont pas dues à des affections utérines concomitantes. — Parfois paramétrite au niveau des pédicules tubaires.
5. *Tuberculose.* — Améliorations.

TABLE DES MATIÈRES.